

Mujer, servicios sociales y atención comunitaria: Atención comunitaria contra atención residencial (3). Los profesionales ante la inserción social (16). Personas con deficiencia mental y ejercicio de derechos (20). Gizarte lanaren euskarari buruzko hitzaldia (31). Unas reflexiones en torno al empresario y la integración laboral del deficiente mental (41). En torno a la accesibilidad del transporte público en Bizkaia. El Parlamento de Catalunya aprueba por la accesibilidad; una Ley contra las barreras (47). Análisis del programa de familias de acogida con personas mayores (56). Partaidetza eta ordezkartza organoen garapena hirugarren adineko erakundetan (62). Orientabide errealitatean: Antolakuntza, diseinu eta garapena. Programa baten azterketa (65). La coordinación en el campo de la prevención de las drogodependencias. Tendencias actuales (69). Reflexiones en torno a algunos aspectos de la admisión en residencias de ancianos (74). Reseñas y Comentarios. Aipamen eta Irazkinak (80). Normativa. Araudia (93). Bibliografía. Bibliografía (105).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

20-21



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

LAN ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL



ZERBITZUAN

20-21

OCTUBRE 1992

EDITORIAL

Quizá por el recelo bien justificado que nos produce el progreso técnico tendemos a idealizar el pasado, e incluso, a intentar recuperarlo.

No es la primera vez que tratamos esta cuestión que, referida a nuestro ámbito, el de los servicios sociales, se traduce en dos posturas paralelas ampliamente extendidas.

Nos referimos, por un lado, a la tendencia a rechazar la especialización y el tratamiento específico, como si fuera una especie de efecto perverso del progreso, al tiempo que se mitifica el concepto de comunidad y la idea de atención comunitaria.

Nuestro traumático tránsito de la *Ge-meinschaft* a la *Gesellschaft* que dicen los sociólogos, es decir, el paso de la comunidad a la sociedad, no nos tendría que hacer olvidar el muchas veces injusto, habitualmente precario y siempre estricto sistema de obligaciones en el que se instalan muchos de los ideales comunitarios.

Hay que combatir esa tendencia conservadora a identificar lo comunitario —los valores positivos como la solidaridad que habitualmente se le atribuyen— con lo tradicional, e impedir que sirva de coartada para justificar la carencia o precariedad de respuestas especializadas. Hay que desarrollar, en suma, un nuevo ideal comunitario que se instale en las posibilidades y responda a las necesidades de una sociedad moderna.

AURKIBIDEA

INDICE

- 4 - **Mujer, servicios sociales y atención comunitaria: Atención comunitaria contra atención residencial.**
RAMON SAIZARBITORIA
- 16 - **Los profesionales ante la inserción social.**
AMANDO VEGA
- 20 - **Personas con deficiencia mental y ejercicio de derechos.**
FERNANDO FANTOVA
- 31 - **Gizarte lañaren euskarari buruzko hitzaldia.**
JOSEBAERKIZIA
- 41 - **Unas reflexiones en torno al empresario y la integración laboral del deficiente mental.**
YOLANDA GONZALEZ
BEGOÑA MATA
- 47 - **En torno a la accesibilidad del transporte público en Bizkaia. El Parlament de Catalunya apuesta por la accesibilidad; una ley contra las barreras.** TXEMA ALONSO
- 56 - **Análisis del programa de familias de acogida con personas mayores.**
EUGENIO PEÑAS
- 62 - **Partaidetza eta ordezkartza organoen garapena hirugarren adineko erakundetan.**
JOSE JAVIER YANGUAS
FRANCISCO JAVIER LETURIA
- 65 - **Orientabide errealitatean: Antolakuntza, diseinu eta garapena. Programa baten azterketa.**
JOSE JAVIER YANGUAS
FRANCISCO JAVIER LETURIA
- 69 - **La coordinación en el campo de la prevención de las drogodependencias. Tendencias actuales.**
HELENA SOTELO
- 74 - **Reflexiones en torno a algunos aspectos de la admisión en residencias de ancianos.**
MARIAN AIZPURUA
- 80 - **Reseñas y Comentarios Aipamen eta Irazkinak**
- 93 - **Normativa Araudia**
- 105- **Bibliografía Bibliografía**

MUJER, SERVICIOS SOCIALES Y ATENCION COMUNITARIA

La cuestión de la atención comunitaria en particular, y de los servicios sociales en general, están estrechamente relacionados con el tema de la mujer al menos por tres razones importantes.

En primer lugar, porque los estados de necesidad a los que dichos servicios hacen frente de ordinario, afectan particularmente a las mujeres.

Los estudios sobre la Pobreza¹ demuestran que los grupos familiares encabezados por mujeres disponen de menos recursos que los encabezados por hombres y que, en términos generales, las mujeres están más afectadas por la pobreza y la precariedad.

Incluso centrandó nuestra atención en un fenómeno teóricamente menos condicionado por factores exógenos, como es el de la discapacidad —expresión de la deficiencia a nivel funcional— y que contribuye al origen de buena parte de la demanda de Servicios Sociales, generales y especializados, observamos que afecta también de manera especial a las mujeres.

Datos censales y estudios epidemiológicos rigurosos vienen a señalar que la población de personas con discapacidad es mayoritariamente femenina. Ello es fruto de la mayor longevidad diferencial de las mujeres, y del incremento de la discapacidad que la longevidad comporta, pero también se debe a que, en eda-

des avanzadas, la prevalencia de la discapacidad es mayor entre las mujeres que entre los hombres².

En realidad la tasa de prevalencia diferencial de discapacidades suele ser mayor entre los varones hasta el límite de la adolescencia, más o menos, aunque obviamente, la reducida importancia global de las cifras en relación a las que se dan en la ancianidad hace que el fenómeno no tenga trascendencia. A partir de los 16 años las tasas se equilibran y, finalmente, en edades avanzadas, como queda dicho, la de las mujeres con discapacidades supera a la de los hombres.

Sin embargo, en el estudio "Deficiencias y minusvalías en la Comunidad Autónoma Vasca"³ realizado a partir de los datos del Padrón y de los denominados Registros de Minusvalías, la sobretasa de hombres se sigue manteniendo hasta el límite de los 60 años. Este hecho podría deberse a la propia metodología del trabajo, pero tampoco hay que ignorar la posibilidad de que exista un sesgo sociocultural que de alguna forma determina que la misma limitación funcional sea percibida por el individuo afectado y por su entorno de manera distinta en función de si se trata de un hombre o de una mujer.

En efecto cabe plantearse, al menos a nivel de hipótesis, la existencia de una mayor tendencia o disposición a considerar y declarar —a hacer valer quizá— la pre-

ATENCIÓN COMUNITARIA CONTRA ATENCIÓN RESIDENCIAL

La atención comunitaria está ligada en nuestra memoria a aquella rica -literariamente exhuberante- corriente de opinión antiinstitucional centrada en la antipsiquiatría, en la que destacaron personajes como Basaglia, Laing o Cooper, que produjeron magníficos alegatos contra la institución manicomial, -algunos casi violentos como Les murs de l'asile de Roger Gintis- a la magnífica disección de las entrañas de la "institución total" que hiciera Goffman (Asylums-Internados 1961) a la patética descripción sociológica que de la vida residencial de los ancianos nos ofreció Townsend (The last refuge 1964) y, en consecuencia, recuerda la superación de un largo período histórico en el que ciertas formas de atención médico social apenas disimulaban su contenido represivo.

La comparación entre la atención comunitaria y la atención residencial es, como dice Cohen¹, "el contraste entre lo bueno y lo malo, entre la buena atención comunitaria -abierto, benevolente, acogedora- y la mala atención institucional -perjudicial, marginante, estigmatizadora-", de manera que la estereotipada visión de esta última, es lo que llena de

¹ Stanley Cohén. Visions of Social Control. Polity, 1985.

sencia de una deficiencia, o discapacidad, cuando es un hombre quien la padece. No hay que olvidar a este respecto que, el término minusvalía concretamente, tiene claras connotaciones administrativas, en la medida que constituye la condición para percibir ciertas prestaciones, en situaciones que tradicionalmente —como es el caso de las pensiones de invalidez— han sido prácticamente exclusivas del varón.

Así pues, de confirmarse tal hipótesis, tendríamos por un lado que, las mujeres sufren una mayor prevalencia de problemas o situaciones personales que requieren ayuda de su entorno particular y de los servicios sociales —hecho al que apuntan los estudios epidemiológicos realizados con más riqueza de medios— y tendríamos, por otro, que resulta menos patente en ellas la presencia de dichos problemas al no ser reconocidos en su entorno como acreditativos de un estado de necesidad.

contenido la mitológica visión de la comunidad, y de la atención comunitaria.

Alguna vez hemos establecido en estas páginas la comparación entre el fenómeno de recuperación de fórmulas de atención tradicionales y la nostalgia de la vida rural, más concretamente de su gastronomía. Por más que la recuperación del pan moreno y el potaje puedan ser, quizá, interesantes, supongo que veníamos a decir, ello no implica que debamos dar por bueno cualquier elemento con el marchamo "de pueblo", ni rechazar todo lo que escape de su ámbito.

Ha Negado, efectivamente, la hora de superar el dualismo maniqueo y abandonar la concepción simplista de que frente a la atención institucional, cualquier acción comunitaria es buena.

En este sentido, es muy de tener en cuenta la labor crítica que están desarrollando la sociología feminista y los profesionales adscritos al movimiento Radical Social Work, en la medida que advierten a quienes de buena fe, pero un tanto acríticamente, abrazan la "ideo-

Lo que sí parecen demostrar los datos es que la tendencia a la atención institucional de las personas con discapacidad es mayor cuando se trata de hombres jóvenes, es decir, cuando tiene más probabilidades de tener un contenido rehabilitador. A partir de cierta edad, sin embargo, las mujeres aquejadas por alguna discapacidad, tienden a ser atendidas en centros con mayor frecuencia que los hombres que se encuentran en la misma situación. Ello hace pensar que, en igualdad de condiciones físicas y/o mentales, las mujeres tienen menos posibilidad de encontrar los apoyos que necesitan en su entorno sociofamiliar. De hecho, a partir de estudios empíricos se deduce que las mujeres ancianas tienen mayor probabilidad que los hombres de ingresar en una residencia⁴.

La tercera razón por la que el tema de los servicios sociales en general, y de la atención comunitaria en particular, tiene

logía comunitaria", de los riesgos inherentes a las adhesiones incondicionales.

1 En efecto, aunque en un principio la política de atención comunitaria, incluso la promovida por gobiernos conservadores, ha sido interpretada como fundamentalmente progresista, parece llegado el momento de reconsiderar la cuestión, sin que se tenga que deducir, a estas alturas, que tal cuestionamiento supone poner en duda la validez teórica del modelo y, en consecuencia, el interés que tiene desarrollar acciones que permitan la permanencia de las personas dependientes en su propio medio, que eso es la atención comunitaria.

Naturalmente, lo que se viene cuestionando desde ámbitos radicales y feministas sobre todo, no es la filosofía de la atención comunitaria, sino su utilización. Desde esta perspectiva Frost y Stein², por ejemplo, afirman que "los gobiernos conservadores ven la "atención comunitaria" como una política tendente a reducir el papel de la Administración y a servirse del trabajo no remunerado de las mujeres fundamentalmente", actitud que ilustran a través de un revelador discurso del ministro del ramo del Reino Unido, en el que dice textualmente: "Todos y cada uno de nosotros tenemos una responsabilidad con la comunidad... y es a través de nuestra

² Frost y Stein. "What's happening in social services departments?". Radical Social Work Today. The State of Welfare.

especial relación con la mujer es que tanto a nivel profesional como a nivel informal o voluntario, la gran mayoría de las personas que asumen funciones de atención directa e indirecta, en todos los ámbitos que se consideren son mujeres y ésta, como se decía en la escuela, es una verdad que no necesita demostración.

Por consiguiente, y muy sintéticamente, se puede decir que hay más mujeres en estado de necesidad que hombres, que, probablemente, los servicios sociales las discriminan, prestándoles, en términos diferenciales menos atención, y que, por último, prácticamente la totalidad de quienes ejercen funciones de atención social pertenecen al sexo femenino.

LA MUJER VICTIMA Y SOPORTE DEL DEFICIT DE SERVICIOS

Es obvio que si la total adecuación de la oferta a la demanda resulta práctica-

familia, de nuestro vecindario, de nuestras instituciones de voluntariado, como mejor podemos expresar dicha responsabilidad"

Obviamente, como señala Bruce Senior³, el énfasis de la Administración en subrayar el papel de la familia en la atención y cuidado de sus propios problemas legitima, por un lado, su pasividad a la hora de adecuar los medios necesarios y su tendencia a "castigar" a las familias recalcitrantes que no cuidan adecuadamente a sus miembros. En este sentido no cabe duda que la atención residencial ha jugado un papel clave en la estigmatización de los receptores de dichos servicios.

Muchos técnicos de buena fe, convencidos de la superior calidad teórica de la atención comunitaria, están dando apoyo, con su actitud acrítica, a políticas neoconservadoras que, básicamente, tratan de transferir responsabilidades del sector público al sector privado y que, al mismo tiempo, esconden su pelaje bajo la piel de cordero de la acción y el desarrollo comunitario. Como mínimo, deberíamos convencernos ya de que, una política no es intrínsecamente buena, sin más porque no contemple ningún incremento de plazas residenciales.

R.S.

³ Bruce Senior. Residential care: what hope for the future. Radical Social Work Today, pág. 236.

mente imposible en el campo de los Servicios Sociales, no debería parecer utópica la pretensión de reducir el déficit en sus actuales dimensiones hasta llevarlo a límites más acordes con el contexto europeo. El esfuerzo social que la tarea exige, es sin duda importante. Ciñéndonos exclusivamente al déficit de plazas residenciales para ancianos observamos que, al margen de otras actuaciones complementarias para el desarrollo de servicios de respiro, asistencia domiciliaria, etc., será preciso, como mínimo, duplicar la cobertura actual en los próximos ocho o diez años⁵.

Evidentemente, lo que nos ahorramos en dinero público soportando dicho déficit, lo pagan, y a veces a un elevado precio, las personas, habitualmente mujeres, que se ven obligadas a hacerse cargo de los problemas de su entorno.

En el caso concreto de los ancianos que el el más ilustrativo resulta evidente,

como nos recuerda Jane Aronson⁶, que la mayoría de los ancianos que dan o que reciben apoyo o soporte informal son mujeres, hecho que se explica por su mayor expectativa de vida, su tendencia a casarse con hombres mayores que ellas mismas, y por la asociación de la condición femenina con la esfera de lo doméstico, con el cuidado y atención a los demás.

Una parte mayoritaria de la demanda insatisfecha de Servicios Sociales está constituida pues por mujeres y, asimismo, son mujeres mayoritariamente las que se ven obligadas a paliar el déficit asistencial mediante la aportación de su esfuerzo personal. Este esfuerzo, el de las mujeres fundamentalmente, está en la base de lo que denominamos "red natural" de servicios y, en consecuencia, constituye el grueso del apoyo y atención que reciben las personas en situación de necesidad en razón de algún tipo de discapacidad. No hay que olvidar al respecto que, los datos citados con mayor frecuencia por los estudiosos del tema, vienen a indicar que aproximadamente el 90 por ciento de toda la atención global que se presta a los ciudadanos que reciben algún tipo de ayuda personal, viene asegurada por la red natural o informal y, en consecuencia, la red formal o institucional únicamente asegura el restante 10 por ciento.

EL ESTUOSO DE LA RED INFORMAL: UNA NECESIDAD URGENTE

Es preciso estudiar las características y las necesidades de la red "natural" o "informal" de servicios, la situación de los/las cónyuges, hijos/as, familiares en general, vecinos, que en mayor, o menor medida se hacen cargo de menores, ancianos, personas con discapacidades y necesitadas de algún tipo de ayuda en general, por un cúmulo de diferentes razones. Por una parte porque, como hemos indicado, dicha red constituye el soporte principal de la atención social. En segundo lugar, porque en opinión de muchos expertos que se basan en indicadores de cambio ciertamente elocuentes, dicha red corre el peligro de resentirse si no se apoya adecuadamente. En tercer lugar, porque la más moderna filosofía de los Servicios Sociales aboga por políticas no segregadoras, que faciliten la integración del ciudadano en su medio y que se basa en consecuencia en el apoyo de la red natural de servicios.

Según datos del OPCS⁷, una vez más, uno de cada siete adultos presta algún tipo de atención informal a otra u otras personas, y en uno de cada cinco hogares vive una persona que a sus ocupaciones ordinarias debe añadir la de atender a otra en situación de necesidad. Trasladando estos datos a nuestra Comunidad

SEXO, EDAD Y ESTADO CIVIL DE LOS CUIDADORES. REINO UNIDO

	Cuidadores con una persona dependiente en la propia casa	Cuidadores con una persona dependiente en otra casa	Cuidadores principales	Cuidadores que dedican más de 20 h/s de atención	Total cuidadores	Población total
Sexo						
Hombre	45	38	35	36	40	46
Mujer	55	62	65	64	60	54
Edad						
16-29	12	12	7	8	12	25
30-44	20	31	25	23	28	27
45-64	43	42	47	43	42	29
65 y más	25	15	20	26	18	19
Estado civil						
Casado/a	71	75	76	74	74	65
Soltero/a	20	10	10	14	13	20
Viudo/a, div. o separado/a	9	14	13	12	13	15
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente OPCS. General Household Survey 1985. Informal Carers.

—lo que probablemente da lugar a una infraestimación— resulta que, del orden de 230.000 personas en los tres Territorios, están implicadas en el problema como cuidadores, lo que da cuenta de su magnitud.

La mitad de los cuidadores, aproximadamente, dedican como mínimo 50 horas de atención, cuando comparten la vivienda con la persona objeto de los cuidados, y casi las tres cuartas partes de quienes no la comparten invierten menos de diez horas semanales, pero compaginado dicha actividad suplementaria con otros quehaceres domésticos y profesionales.

No es muy diferente, en el Reino Unido, la proporción de hombres y mujeres que asumen algún papel en el cuidado de otras personas, aunque teniendo en cuenta el mayor número de mujeres adultas en la población total de las Islas, el número de mujeres cuidadoras es considerablemente más alto que el de los hombres. Del total de cuidadores, el 60 por ciento aproximadamente son mujeres y el 40 por ciento hombres.

Claro que las mujeres asumen con mucha más frecuencia la tarea de "cuidador principal", y es más habitual también el que tengan que responsabilizarse de los cuidados de personas con las que no comparten vivienda.

No es cuestión de desarrollar aquí la magnífica información que facilita el OPCS⁸, teniendo en cuenta su dudosa extrapolabilidad, al menos en lo que hace referencia al reparto de las cargas de sostenimiento de red natural de atención entre hombres y mujeres. En efecto, al margen de los datos que nos ofrece nuestro entor-

no vital, suficientes por otra parte para poner en duda la validez de la información británica en el aspecto que nos interesa, contamos con información objetiva que, al menos indirectamente, da pie a establecer la hipótesis de una mayor intervención femenina en el mantenimiento de la red natural. Así, por ejemplo, a partir de la Encuesta de condiciones de vida⁹, sabemos que en términos generales la mujer dispone de menos tiempo libre que el hombre y que, en relación a las tareas domésticas, las propias, las requeridas para el normal mantenimiento de cada cual y no para subvenir a las necesidades de terceras personas, el esfuerzo de la población masculina en su conjunto resulta decepcionante, ya que coincide, más o menos, en torno a un 60-65 por ciento, la proporción de mujeres que asumen sin excepción las tareas domésticas, y la de los hombres que no las realizan nunca.

LA NATURALIDAD DE LA RED NATURAL

En general se asume que la familia, y más concretamente los componentes femeninos de la misma, constituyen el soporte "natural" de los miembros —padres ancianos, niños discapacitados— que requieren algún tipo de atención personal, y de lo mismo se deduce que, en la medida que es "natural", dicha aportación no resulta problemática.

Digamos, aunque resulta obvio, que este papel de cuidador que la mujer generalmente asume, no es tanto la manifestación de un natural sentimiento de compasión, de una afectividad o de una necesidad relacional consustancial al ser femenino, como la expresión de su posición en un sistema social determinado.

PROPORCION DE HOMBRE Y MUJERES —DE 13 Y MAS AÑOS QUE NO PARTICIPAN NUNCA O PARTICIPAN SIEMPRE EN LAS TAREAS DOMESTICAS

	Hombre	Siempre	Mujeres	Hombres	Nunca	Mujeres
Compras de alimentos y productos del hogar	10,6		64,3	50,2		10,5
Preparación de comidas	7,4		65,8	61,2		12,9
Fregado de vajilla	8,1		67,8	60,6		9,3
Preparación de la ropa	4,5		65,4	74,6		14,2
Limpieza de la casa	7,1		65,9	62,4		10,1
Cuidado de los niños	5,4		36,1	78,7		55,1

Fuente: Eustat. Encuesta de condiciones de vida 1989.

Como dice Graham¹⁰ la "función cuidadora" más que describir un sentimiento universal de las mujeres hace constar su específico papel en nuestra sociedad.

Son muchos los estudios cualitativos que explican el proceso mediante el cual las mujeres se ven obligadas a cumplir el referido papel de cuidadoras. En general, según se deduce de los casos estudiados por Surma¹¹, sienten que su "selección" como tales, como cuidadoras, es "obvia" —"natural" diríamos— y que asumen dicho rol por exigencias de un complejo y estricto sistema familiar de obligaciones, altamente jerarquizado, y basado en la división de funciones entre ambos sexos.

Sin embargo, como ya hemos indicado, el rol de cuidador tiende a presentarse muchas veces, como consustancial a lo que suele denominarse "personalidad femenina" —la que se define "más en relación a los otros que por un proceso de separación"— por lo que no es de extrañar, y es la cuestión que nos interesa señalar, que la transgresión, la no aceptación del rol, se paga en ocasiones a un elevado precio, mediante el desarrollo de un complejo, más o menos, profundo de culpabilidad¹².

Evidentemente muchas mujeres deben compaginar la función de cuidadores de una persona discapacitada, generalmente anciana, con el da atender a su propia familia y también, en su caso, con el mantenimiento de una actividad profesional. Si bien el esfuerzo exigido puede resultar titánico, cabe decir que responde a las expectativas, social o históricamente configuradas, de un entorno que no espera menos de la polivalencia del rol femenino.

Así pues, muchas mujeres se sienten obligadas a realizar esfuerzos personales que sobrepasan los límites tolerables, en detrimento de su salud mental y física, y tienden a interiorizar la deserción, o el colapso como fracasos personales, atribuyéndolos a su propia debilidad, a su egoísmo, o a su incapacidad afectiva. Normalmente, el conflicto entre diferentes funciones y el sentimiento de culpa subsiguiente al abandono o el descuido en el cumplimiento de alguno de sus roles, suele coincidir con un progresivo aislamiento y una situación de estrés, máxime cuando, su "fracaso" en la compatibilización de funciones, en la medida que es atribuido a su "incompeten-

cia", no suscita la solidaridad, la simpatía, ni la cooperación de su entorno inmediato.

En definitiva, las razones que llevan a las mujeres a asumir la atención de las personas de su entorno son, como indican Lewis y Meredith¹³, más complejas que el simple altruismo o el impulso de la solidaridad intergeneracional y, en consecuencia, los sentimientos que albergan las mujeres cuidadoras, pueden ser profundamente ambivalentes". Grati-ficantes en determinadas situaciones, implican en todo caso un importante esfuerzo personal y un compromiso que, en la mayoría de los casos, la mujer especialmente, asume, obligada por las circunstancias, en un período existencial ya en sí mismo difícil, el del inicio de la percepción de la propia vejez, cuando según parece, la felicidad es un bien más escaso que en otros tramos de la vida¹⁵.

ATENCION COMUNITARIA EN TIEMPO DE CRISIS

Como ya se ha señalado, en la práctica, los Servicios Sociales formales o institucionales juegan un papel residual en la atención de las personas necesitadas de cuidados. Sin embargo, una mirada al contexto europeo nos permite advertir que, posiblemente en razón de factores sociales, económicos y demográficos, la denominada "red natural" puede resentirse o debilitarse de manera considerable en un próximo futuro en el que, prácticamente con total seguridad, aumentará la población que requerirá ayuda.

Por más que no se deba dar crédito a todos los inquietantes augurios que nos anuncian los prospectivistas y que se basan fundamentalmente en el previsible envejecimiento demográfico, resulta incontestable que aumentará el colectivo de personas muy ancianas —y, en consecuencia, funcionalmente dependientes— que vivirán solas, y que crecerá también el número de familias monoparentales. Por otra parte, la reducción del tamaño familiar, junto a otro tipo de transformaciones, como por ejemplo el incremento de las segundas nupcias o la definitiva incorporación de la mujer al sistema productivo, hacen pensar en la pérdida de importancia de la institución familiar como recurso.

El desarrollo y general aceptación de la "filosofía" de la atención comunitaria, ha coincidido, curiosamente con el debilitamiento de la red natural de atención y con las expectativas de aumento de la población necesitada de ayuda.

Por otra parte, no es la única coincidencia. El conocido, respetado y admirado "Informe Griffiths" —Community Care: Agenda for Action¹⁶— que sin duda alguna ha iluminado gran parte de los programas de atención comunitaria, nace en pleno período Thatcher, cuando arriaban las llamadas a la responsabilidad individual en la atención de los problemas familiares.

Con todo, la atención comunitaria no puede adscribirse, al menos en sus orígenes, a una filosofía política de contenido liberal, sino que, contrariamente, habría que reconocer en su núcleo la influencia de propuestas colectivistas. En cualquier caso, uno de sus primeros defensores, Richard M. Titmuss¹⁷, lo concebía, dentro de un modelo institucional en el que los recursos públicos jugaban el papel preponderante, sobre todo a nivel de dirección.

Lo que muchos critican en el Reino Unido —donde posiblemente se ha producido el debate más interesante sobre este tema en particular y sobre servicios sociales en general— es la corrupción de las ideas de Titmuss, en la medida que la filosofía de la atención comunitaria, dentro de un sistema pluralista de acción social, puede interpretarse como un intento de dar respetabilidad intelectual a políticas diseñadas para trasvasar el mayor peso de la responsabilidad en materia de bienestar social de manos de la Administración, al sector privado, voluntario e informal.

En resumidas cuentas, algunos estudiosos del Bienestar Social, temen que el contenido de la Atención Comunitaria derive de su primitiva acepción, pasando de significar atención En la comunidad a querer decir atención Por la comunidad, cuestión bien pertinente que ya en 1980, Janet Finch y Dulcie Grover¹⁸, en un trabajo titulado "Community Care and the Family: A case for Equal Opportunities?", se planteaban a través de la siguiente ecuación: "en la práctica, atención comunitaria equivale a atención por la familia y, en la práctica también, atención por la familia es igual a atención por la mujer".

ATENCIÓN COMUNITARIA: DISFUNCIONES DEL SISTEMA Y LAGUNAS CONCEPTUALES

La atención comunitaria, sin mayores precisiones conceptuales, es decir, en abstracto, no es patrimonio de ninguna filosofía social. Sólo cuando se define en función del sistema global de Servicios Sociales y en relación al eje de la responsabilidad en el bienestar ciudadano, puede deducirse el sentido político de una acción tendente a favorecer el mantenimiento de los ciudadanos frágiles en su entorno sociofamiliar.

No es nuestra intención entrar a dilucidar tan importante cuestión en este breve apunte general, pero sí vamos a tratar de deslindar algunos conceptos esenciales, ya que, ciertas indefiniciones tienen repercusiones prácticas importantes para todos los protagonistas de la atención comunitaria y, en consecuencia, de manera fundamental para las mujeres.

LA INDEFINICION DEL ROL DE CUIDADOR

Algunas precisiones conceptuales ayudarían probablemente a clarificar el contenido de la atención comunitaria y a mejorar su práctica. La posición del cuidador, por ejemplo, resulta a veces ambigua y a menudo difícil —para el mismo y para los profesionales— en razón, entre otras cosas, de la falta de clarificación conceptual a la que aludimos.

Hay muchas formas de interpretar la figura del cuidador en toda su complejidad, pero siguiendo a Julia Twiss¹⁹ pueden considerarse, muy esquemáticamente, claro está, tres tipos ideales; los cuidadores como recurso, como colaboradores y como usuarios. Naturalmente las figuras puras o ideales no existen, y la realidad ofrece probablemente situaciones en las que están presentes muchas de las características de cada modelo. Con todo, la discusión resulta pertinente para advertir la relación entre la política global en materia de atención comunitaria y la consideración del rol de cuidador.

LOS CUIDADORES COMO RECURSO

Los cuidadores pueden ser considerados, en primer lugar, como un recurso. Un recurso que si bien, como se ha seña-

lado anteriormente, puede decrecer en capacidad de atención a lo largo de los próximos años, en estos momentos hace frente a la mayoría de las situaciones de necesidad. Es un recurso además que no puede crearse por simple decisión política y cuyo volumen depende de factores, como los demográficos, que funcionan a largo plazo.

En este modelo, las instituciones se centran en la consideración de la persona dependiente y actúan, residualmente por tanto, cuando su situación es precaria, debido a la inexistencia o a las deficiencias de la red natural, es decir, del cuidador-recurso.

LOS CUIDADORES COMO COLABORADORES

El segundo tipo ideal contempla a los cuidadores como colaboradores. En este modelo las instituciones trabajan en paralelo con el sector informal, tratando de alcanzar un común objetivo. En consecuencia, no se da la separación que existía en el anterior modelo entre el institucional y el informal.

Evidentemente, en este modelo no se ahorran problemas, ya que las actitudes que dominan en el sector institucional —neutralidad afectiva, enfoque universalista, predominio de las normas y reglas de funcionamiento— chocan con las que prevalecen en el informal —espontaneidad, predominio de lo afectivo y de lo particular— den pie a conflictos permanentes.

Son importantes, como en el modelo anterior, el nivel de satisfacción del cuidador y su moral o estado de ánimo, en la medida que aseguran el mantenimiento del recurso, pero únicamente por motivos instrumentales. En el modelo de colaboración, el bienestar del cuidador es un producto intermedio a tener en cuenta, en la medida que influye en el objetivo final, que es el bienestar de la persona dependiente.

EL CUIDADOR COMO USUARIO

Finalmente, podemos considerar la figura del cuidador informal como usuario o co-usuario de los Servicios Sociales. Esta perspectiva tiene un inconveniente importante y es que puede implicar, por un lado, la intromisión de lo público en la

intimidad de los hogares y la apertura del sistema público a la consideración de problemas comunes y ordinarios de la ciudadanía. La gran ventaja del modelo es que reconoce y tiene en cuenta el conflicto de intereses que puede producirse entre el cuidador y la persona dependiente.

Así pues, en el primer modelo, la red natural o informal constituye una realidad en función de cuyas deficiencias y disfunciones se consolida la respuesta institucional, pero sin que contraiga ningún tipo de obligación en relación a dicha red. En el segundo modelo, además de estudiar la red natural como se hace en el primero, se impulsa y sostiene apoyando a los cuidadores, pero de forma puramente instrumental. En el tercero, los sectores se integran y el cuidador no es considerado como un recurso a explotar, ni como un copartícipe de cara a la consecución del objetivo principal, sino que se establece una relación en la que se le reconocen sus derechos.

ALGUNAS CONTRADICCIONES DE LA ACCIÓN INSTITUCIONAL EN MATERIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

A la luz de los diferentes modelos de relación entre instituciones y cuidadores, es fácil descubrir algunas importantes contradicciones de la política social en materia de atención comunitaria.

Prevención o apoyo al fracaso

Aunque todo el mundo acepta, en primera instancia, la necesidad de desarrollar políticas preventivas, no cabe duda que un desarrollo consecuente de las mismas conduce a sustituir, en mayor o menor medida, la participación informal. En efecto, generalmente, la intervención institucional se produce cuando la red natural se rompe, muchas veces por agotamiento de los cuidadores. La prevención exige actuar en estadios tempranos, antes que el desfallecimiento se haya producido. Es decir, que la intervención precoz significa apoyar a la comunidad en la solución de sus problemas ordinarios, antes precisamente que degeneren, adquiriendo una magnitud extraordinaria.

Bien es verdad que esta forma de actuación basada en la acción preventiva—no está exenta de críticas, que sí tienen

significación política. Se le atribuye una tendencia a sustituir al ciudadano en la atención de sus problemas y obligaciones con el consiguiente riesgo de incentivar la falta de compromiso y la dejación de funciones.

Obviamente una manera fácil de salvar tal contradicción consiste en demorar al máximo la intervención institucional, con el riesgo consiguiente de que cuando se produzca, resulte tardía y pueda aplicarse únicamente al intento de sostener situaciones insostenibles. Por esta vía, la atención comunitaria de tipo institucional se convierte en un mal paliativo de la solución residencial, en la medida que llega cuando la situación de la persona dependiente y/o de su entorno es manifiestamente grave, y por consiguiente, exige el ingreso en institución.

Es lógico que el riesgo de internamiento constituya una indicación para la intervención institucional, en la medida que, además de impopular, resulta una solución cara, pero no hay que perder de vista que discrimina como población objetivo para la atención comunitaria, una casuística excesivamente "pesada", constituida por personas que perturban la vida de su entorno más de lo razonable, en la medida que exigen un esfuerzo personal desmesurado, generalmente a sus miembros femeninos.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que no pocas veces el ingreso en institución se produce precisamente porque la intervención institucional resulta tardía para evitar el colapso. En consecuencia, la cuestión estriba en determinar si se debe acudir en apoyo de las situaciones menos graves —lo que puede resultar contradictorio e injusto— evitando el colapso futuro y el internamiento a medio o largo plazo, o si se debe "premiar" el fracaso de la red natural, tratando de socorrerlas inútilmente —lo que tampoco deja de ser contradictorio e injusto— cuando la situación se hace insostenible.

La atención residencial: bien escaso y mal distribuido

Técnicamente la cuestión se resolvería delimitando claramente la frontera entre atención residencial y atención comunitaria o, lo que es lo mismo, estableciendo los criterios médico sociales a partir de los cuales esta última solución estaría contraindicada. Tal procedi-

miento resulta imposible, sin embargo, si previamente no se consigue consolidar una oferta suficiente de plazas residenciales capaz de resolver situaciones en las que la atención comunitaria formal y/o informal es incapaz de ofrecer una respuesta razonable²⁰.

Ya se ha señalado anteriormente la importancia del déficit de plazas residenciales que afecta muy especialmente a las mujeres, en una doble medida, porque en ellas recae generalmente la responsabilidad de prestar cuidados paliativos y también porque previsiblemente representan la mayoría de la demanda insatisfecha.

Por si fuera poco, se da la circunstancia de que la oferta de plazas residenciales, va mayoritariamente dirigida a personas con plena autonomía personal o con escaso nivel de dependencia y desatiende paradójicamente, la demanda de quienes plantean problemas más graves.

El bienestar del cuidador y el bienestar del usuario: objetivos contradictorios

Muchas de las cuestiones planteadas exigen diferentes soluciones en función de cómo se interprete el papel de cuidador. Obviamente, si no se considera como un simple recurso —y en alguna medida, aún en este caso— no faltarán situaciones en las que, estando las necesidades y los deseos de la persona dependiente en contradicción con los deseos y necesidades de sus cuidadores, una opción equilibrada resultará difícil.

Digamos a este respecto que muchos cuidadores, mujeres fundamentalmente, viven situaciones límite ante la imposibilidad, digámoslo literalmente, de deshacerse de las personas a su cargo, cuya atención, socialmente impuesta, les condiciona cruelmente la vida. Además del déficit de plazas residenciales, otros factores, como el temor a sentirse culpables, a la actitud reprobatoria de su entorno, a desafiar el juicio profesional exclusivamente centrado en las necesidades de la persona discapacitada, contribuyen, con la ayuda de la atención comunitaria institucional, a "sostener" situaciones auténticamente lamentables. No resulta extraño, pues, que el estudio analítico de Levin mostrase un incremento de la salud mental de las mujeres analizadas con posterioridad a la muerte o la institucionalización de los ancianos confusos de quienes se hacían cargo²¹.

Distribución de la ayuda ¿en función de las necesidades reales o de las necesidades manifiestas?

El agobio del cuidador no siempre está en relación directa con la carga de trabajo que soporta, ni el riesgo de abandono de su función, está siempre en consonancia con su grado de fatiga. En consecuencia, hay casos que demandan apoyo institucional o plantean la posibilidad o el deseo de cesar en su actividad de cuidadores en situaciones menos complicadas que las que soportan otros ciudadanos que, portencialmente por muy diversas razones, por ser más abnegados por ejemplo, no realizan ningún requerimiento explícito.

La cuestión que se plantea es si debe darse preferencia a las demandas de las personas más propensas a retirarse de su función de cuidadores, con el fin de preservar la red natural, dicho de otra forma, para mantener el recurso, o si por el contrario, entendiéndose al cuidador como usuario, se debe proteger preferentemente a las personas que soportan la carga más pesada.

Discriminación de cara a la obtención de recursos

Muchas personas tienden a sentirse desfavorecidas porque convecinos suyos solicitan y reciben ayuda institucional en situaciones relativamente menos desfavorables que las suyas. Obviamente, el sentido del deber y de la responsabilidad familiar no es el mismo en todas las personas, por lo que, en igualdad de condiciones, unas abandonan o formulan la intención de abandonar mucho antes que otras. La respuesta institucional centrada en el usuario, tiende a favorecer indirectamente a las personas que se desentenden de sus responsabilidades y, en consecuencia, castiga a quienes las asumen abnegadamente.

La desertión masculina, por ejemplo, se produce en estados más precoces que la femenina, es decir, que a igualdad de carga objetiva y con el mismo nivel subjetivo de estrés, resulta más probable que los hombres abandonen el rol de cuidador. En consecuencia, la defensa de la red natural puede requerir una intervención institucional más precoz y/o más intensa cuando, a igualdad de condiciones, quien asume los cuidados es hombre.

De hecho, en asistencia domiciliaria, a igual nivel de discapacidad, los ancianos que viven solos tienen más posibilidades de recibir apoyo que las mujeres y lo mismo ocurre cuando en un matrimonio quien ejerce el rol de cuidador es el marido.

A pesar de que la mayoría del colectivo de trabajadores sociales está constituido por mujeres, es evidente que, por lo general, se muestran sensibles a la mayor dependencia del hombre para subvenir a las necesidades cotidianas, y se inclinan a favorecerles a la hora de adjudicar prestaciones en asistencia domiciliaria. Viene al caso recordar a este respecto que la OMS, en su Manual de clasificación de consecuencias de la enfermedad²², a la hora de definir la minusvalía de independencia física, excluye expresamente la "dependencia determinada culturalmente, así la dependencia tradicional del varón trabajador respecto de su cónyuge". No cabe duda que el respeto a las "dependencias culturalmente determinadas" puede resultar muy pertinente y directamente beneficioso para la mujer, en el caso de una pareja en la que la mujer precisamente es la persona discapacitada, pero no cabe duda que introduce un sesgo que puede resultar contradictorio y discriminatorio.

El análisis de la población usuaria de servicios de atención domiciliaria suele poner de manifiesto cierta tendencia a la sobrerrepresentación de los hombres solteros y de las mujeres casadas²³, lo que, como queda dicho, viene a indicar que se ayuda preferentemente a los hombres solos y que las mujeres casadas reciben menos ayuda que los hombres para hacerse cargo de sus cónyuges discapacitados. Si este fenómeno no se observa con mayor nitidez es, probablemente, por la ya aludida mayor propensión diferencial de las mujeres a ingresar en instituciones residenciales.

Señalemos finalmente que no todos los ciudadanos disponen de la misma capacidad para acceder a los servicios públicos. De hecho, un argumento que se utiliza con frecuencia, desde sectores progresistas, para cuestionar el interés social de la universalización de los servicios sociales, es la demostrada habilidad de las clases medias para hacerse con los recursos públicos²⁴.

Esta es una importante cuestión que merece ser tenida muy en cuenta a la ho-

ra de atender la demanda explícita, y que obviamente, sitúa a los profesionales ante nuevas contradicciones, por ejemplo optar entre el respeto a la intimidad, investigando las necesidades no expresadas en demanda, y la desconsideración de las necesidades implícitas.

CONSIDERACIONES FINALES

Muchos estudios coste-beneficio, que demuestran el interés económico de la atención comunitaria frente a la atención residencial, no contabilizan varios de los capítulos de coste que corren generalmente a cuenta de las mujeres. Pero, incluso cuando se realizan con cierto rigor metodológico, lo más que llegan a demostrar es que, en el tratamiento en la comunidad de un caso concreto, el coste plaza resulta a un precio comparable, e incluso menor, que en una institución residencial. Olvidan, sin embargo, que en su conjunto, la atención comunitaria institucional es más barata, a cambio de ignorar la situación de personas que objetivamente tendrían los mismos o más derechos de ser atendidas que muchas de las que, efectivamente, reciben atención.

El desarrollo de la atención comunitaria como alternativa al internamiento en el adverso futuro que anuncian los demógrafos, implica fundamentalmente:

El decidido apoyo de la red natural, ampliando la cobertura de manera que el riesgo de internamiento deje de ser indicador de intervención. Lo dicho equivale a que se debe actuar preventivamente, es decir, antes de llegar a situaciones límite a partir de las cuales el mantenimiento de la persona dependiente en el contexto familiar puede resultar insostenible.

La mejor fórmula para que en el largo plazo la red natural continúe asumiendo el mayor peso de la atención a las personas ancianas y discapacitadas, consiste en contribuir a la generalización del apoyo institucional, de manera que, desligando los roles de cuidador/a e hijo/a, éstos no se vean abocados a desertar de ambos, sino que, en libertad, y sin comprometer por ello la felicidad a la que tienen derecho, asuman también una parte razonable de las tareas de cuidado y atención.

Implica, sobre todo, acabar con la especialización de la mujer en el papel de cuidadora. En las condiciones actuales, la

mujer es víctima de una intolerable discriminación que, además de afectar muy seriamente la posibilidad de desarrollar una vida aceptable a miles de ellas en nuestra comunidad, compromete el futuro de la atención comunitaria como fórmula para subvenir a las necesidades de las personas dependientes.

Señalemos además que, por si fuera poco, circunstancias de todo tipo, como la irracionalidad de los horarios, el déficit de servicios o el apego a costumbres —alimentarias, por ejemplo— difíciles de armonizar con una actividad profesional, suelen plantear dificultades adicionales.

En todo caso, el futuro de la atención comunitaria pasa por la plena incorporación del hombre a la realización de las tareas domésticas.

De cara al inmediato futuro se hace necesario mejorar el conocimiento de nuestra propia realidad y despejar ciertas incógnitas con el fin de evitar en lo posible incurrir en contradicciones que impidan un desarrollo armónico de la atención comunitaria.

Son muchas, como se ha tratado de hacer ver, las lagunas conceptuales en la política de atención comunitaria. Es urgente, en consecuencia, que tanto a nivel técnico como a nivel político, se debata el futuro de dicha fórmula dentro de la respuesta institucional en su conjunto.

Se echa en falta una definición política que aclare las líneas de actuación de profesionales que, sin embargo, poseen un amplio poder discrecional a la hora de considerar los derechos y obligaciones de los potenciales usuarios. Para poner límite a esta discrecionalidad, que puede ser motivo de práctica injusta, y lo es sin duda de inquietud para los propios profesionales, se hace imprescindible la elaboración de "manuales de buena práctica" en atención comunitaria.

Se considera imprescindible que Eustat disponga de las medidas necesarias con el fin de ofrecer un caudal informativo en materia de conocimiento de la red informal de atención, comparable al que suministra, por ejemplo, el OPCS británico, sin perjuicio de que se lleven a cabo los estudios cualitativos pertinentes para llegar a determinar las necesidades de dicha red.

Saizarbitoria

¹ Emaiker. Estudio de la población potencialmente beneficiaría del plan de lucha contra la pobreza. Gobierno Vasco, Departamento de Trabajo y Seguridad Social.

² En la encuesta realizada por el Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) de Gran Bretaña, el 59 por ciento de las personas con discapacidades del Reino Unido son mujeres. En el trabajo ya clásico de Amelia Harris "Handicapped and impaired in Great Britain", la proporción sube al 67,6 por ciento. Los resultados dependen en gran medida de los límites que se adopten para definir los conceptos de discapacidad y minusvalía.

Por otra parte, considerando las discapacidades graves que impiden, por ejemplo, salir a la calle sin ayuda, se observa que la proporción de personas afectadas es de 1,5 a 2 veces superior entre las mujeres que entre los hombres mayores de 65 años. Cfr. INSERM: "Methodologie pour une planification des services aux personnes âgées dependantes".

³ Centro de Documentación y Estudios (SMS) y Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Deficiencias y Minusvalías en la Comunidad Autónoma Vasca.

⁴ Cfr. Luis Sanzo González. Ancianos en residencias.

⁵ Ref. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Plan Gerontológico de Euskadi, 1990.

⁸ Jane Aronson. Women's Perspectives on Informal Care of the Elderly: Public Ideology and Personal Experience of Giving and Receiving Care. Ageing and Society, 10, 1990, pág. 62.

⁷ Office of Population Censuses and Surveys. General Household Survey 1985. Informal Carers.

⁸ Entre otros datos de indudable interés, señalamos que el tramo de edad en el que se da el mayor porcentaje de cuidadores es el comprendido entre 45 y 64 años. Las mujeres solteras en general no tienen un peso específico mayor como cuidadoras, pero sí en el referido tramo de 45 a 64 años, ya que constituyen el doble que los hombres solteros e incluso que las mujeres casadas. Por otra parte, tampoco es posible dudar de la sobrerrepresentación femenina entre la población que recibe atención de la red informal, ya que está constituida en un 70 por ciento por mujeres.

⁸ Eustat. Encuesta de condiciones de vida, 1989.

⁰ Graham, H. Caring: a Labour of Love. En: Finch, J. and Grover, S.D. A Labour of Love: Women Work and Caring, Routledge and Kegan Paul, 1983.

¹ Janina Surma. Community Care is a Women's issue: A critical examination of the position and experiences of the informal carers of older people.

² Aunque la voluntad de cuidar suele discutirse en términos de equilibrio entre obligación y afecto, escritores feministas han examinado la forma en que las mujeres interiorizan la obligación de cuidar. Hilary Graham ha señalado cómo el papel del cuidador ofrece a la mujer parte de su identidad femenina... Carol Gilligan ha argumentado cómo la personalidad femenina se define en relación y en conexión con otros, más que la masculina, que se define primordialmente a través de la separación. En esta construcción, la preocupación por los otros más que por una misma -la ética del cuidador- se hace esencial para entender la feminidad. Tal compromiso con los de-

más no es necesariamente una forma de feliz altruismo. Como señala Gilligan, la mujer tiende a juzgarse a sí misma por su capacidad cuidadora. Es por dicha razón que el fracaso como cuidadora induce comúnmente al sentimiento de culpa. Jane Lewis y Bárbara Meredith. "Daughters Caring for Mothers: the Experience of Caring and its Implications for professional Helpers". Ageing and Society, 8, 1988, pág. 6.

³ Jane Lewis y Bárbara Meredith. Daughters Caring for Mothers. Ageing and Society, 8, 1988.

⁴ Jane Aronson, por ejemplo, estudia la dificultad que tienen las mujeres, tanto las que reciben como las que prestan cuidados, para trasladar a sus propias vidas los principios culturales asumidos acerca de la familia, la responsabilidad y la división de funciones entre hombres y mujeres. Las mujeres, las jóvenes y las que se encuentran en la edad madura, sufren la contradicción entre las expectativas culturales a las que deben dar respuesta prestando servicio a los demás y sus deseos de realización personal. Las ancianas sienten la contradicción entre el imperativo cultural de no ser una carga y sus deseos de seguridad. La frustración de las expectativas da origen a mutuos sentimientos de culpabilidad y también a procesos de culpabilización en los cuales cuidador y atendido se atribuyen mutuamente las causas de sus correspondientes frustraciones.

⁵ Así lo señalan las Encuestas de Eurobarometer. El porcentaje de personas que se muestran "completamente felices" no varía mucho en función de la edad, si se exceptúa precisamente el tramo comprendido entre 45 y 54 años.

⁶ Community Care: Agenda for Action. A Report to the Secretary of State for Social Services, by Sir Roy Griffiths, 1988.

⁷ Richard T. Titmuss. Essays on the Welfare State, George Alien and Unwin, 1958,

⁸ Finch, J. y Grover, D. "Community Care and the Family: A Care for Equal Opportunities?". Journal of Social Policy, vol. 9, oct. 1980.

^{1s} Julia Twiss. "Models of Carers: How Do Social Care Agencies. Conceptualise their Relationship with Informal Carers?". Journal of Social Policy, 18, 1.

² No entramos a discutir los límites de la "razonabilidad" que obviamente dependen del montante de gasto social que se desee asumir y del nivel de calidad de vida de la persona dependiente y de sus cuidadores, que se desee preservar.

² E. Levin, I. Sinclair y P. Gorbach. The Supporters of Confused Elderly Persons at Home. London, NISW, 1983.

² Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.

² Cfr. Instituto Foral de Bienestar Social. Valoración del Servicio de Ayuda a Domicilio de Alava.

² Ref. Julián Le Grand. "The Middle-class Use of the British Social Services". En: Not Only the Poor. London, 1987.

LOS PROFESIONALES ANTE LA INSERCIÓN SOCIAL

Se acabaron los Juegos Olímpicos, la Expo, las fiestas del verano, las vacaciones... Es muy posible que todavía estemos en las nubes, con no pocas dificultades para tomar tierra. Es que ha sido todo tan bonito...

Pero es la hora de volver a la realidad, esa realidad que no para todos tiene el mismo color y sabor. Porque siguen existiendo y, según dicen los expertos, aumentan los sujetos con problemas para situarse en la sociedad actual. Son muchas las personas que no acaban de "entrar en sociedad", de insertarse o de reinserirse, por más servicios, programas y recursos que, parece, se dedican.

Entre los recursos que facilitan o dificultan la plena inserción social de las personas con necesidades especiales no se puede olvidar aquí al conjunto de profesionales que con su actuación, en contacto con estas personas, tanto pueden facilitar como impedir su plena inserción social. Habrá que reflexionar sobre el "papel" de los diferentes profesionales relacionados con los sujetos con necesidades especiales.

Hasta ahora toda la carga de la intervención integradora recaía sobre los especialistas, profesionales con formación específica en un campo concreto más o menos adaptada a las necesidades de los sujetos. Esta atención "específica" a cargo de unos especialistas determinados en no pocas ocasiones, servía para marginar todavía más estos sujetos. Hoy, al primar los planteamientos integradores, la tendencia es que los sujetos con necesidades especiales participen de los mismos programas, servicios e instituciones a los

que acude la población en general. Si, en definitiva, se trata de insertar en la sociedad, por qué no actuar ya con este criterio cuanto antes: si se puede prevenir la marginación, mejor; si la marginación ya existe, por qué no actuar en sus inicios, para evitar deterioros mayores o utilizar los servicios y programas más integradores posibles. Por esta razón, si los profesionales "especializados" tienen una grave responsabilidad, no es menor la responsabilidad de los profesionales "normales", quienes, al entrar un día y otro en contacto con los sujetos con necesidades especiales o con las situaciones de riesgo, han de ofrecer las respuestas adecuadas a la situación, con el apoyo de especialistas solamente cuando exista necesidad.

Antes, en cierto modo, también eran las instituciones normales quienes realizaban los primeros contactos con las personas con problemas, pero pronto aparecía el rechazo, el desinterés o la incapacidad

de ofrecer respuestas que provocaba irremediablemente el recurso a los "especialistas" y a sus servicios especializados. A partir de aquí, los profesionales no especializados ya no tenían por qué preocuparse por las situaciones complicadas. Hoy está claro, la primera gran responsabilidad recae sobre el profesional que tiene el primer contacto con el sujeto con necesidades especiales, es decir, maestros, médicos...

Este planteamiento no anula el papel de los especialistas. Al contrario, se puede afirmar que les da un protagonismo mayor, pero desde una vertiente más amplia: hay que prevenir, hay que educar a la sociedad para que la inserción plena sea posible... Pero tampoco se pueden olvidar las limitaciones existentes entre los profesionales, motivadas, unas veces, por carencias formativas, otras, por intereses mercantilistas, que no favorecen la oferta de respuestas integradoras adecuadas a las necesidades, sin olvidar las limitaciones impuestas por las propias instituciones.

Además resulta fácil constatar la gran descoordinación entre profesionales, que provoca entre afectador y sus familiares un continuo "peregrinaje de un servicio a otro", con respuestas parciales, redundantes, cuando no contradictorias y erróneas, que agravan la problemática existente. Si los sujetos con necesidades especiales tienen derecho a "ocupar su lugar dentro de la sociedad", como cualquier persona, habrá que poner a su disposición los recursos, estrategias, técnicas, etc, que necesiten, de acuerdo con sus necesidades reales. Desde este enfoque, no es el sujeto quien tiene que adaptarse a los intereses de los profesionales, sino que son los profesionales quienes tienen que acomodarse a las necesidades de los sujetos. La inserción social es una tarea que corresponde a todos, lo que también significa, que implica a todos los profesionales cualquiera que sea el programa o servicio en el que se ubiquen.

Es aquí dónde surgen cantidad de dudas, cuando se comprueba o se sospecha que los profesionales no acaban de conseguir lo que pretenden. Y surge la pregunta: "La inserción social de las personas con necesidades especiales (delincuente, gitano, deficiente mental...) ¿es posible? La respuesta no es fácil por todo el conjunto de elementos que intervienen en el problema: a las limitaciones del su-

jeto a insertar, habrá que sumar las limitaciones de la sociedad actual: económicas, sociales, políticas, culturales, etc.

Habrà que ver, en primer lugar, qué tipo de sociedad estamos construyendo. Según los estudios puede verse que cada día somos "más realistas y pragmáticos". Se quiere trabajar, pero sin responsabilidades, más allá de los objetivos de auto-realización y los de utilidad social. "Sólo interesa en la medida que ocupe el menos tiempo posible y permita, a través de la remuneración que facilita, que "mi calidad de vida" aumente, "mi mundo privado" mejore y "mis propios intereses" se lleven a cabo (Villain, 1992). No extraña, entonces, que los jóvenes también busquen en el trabajo "buenos ingresos", "seguridad", "comodidad" y "facilidad" ante todo, con la menor responsabilidad posible (Elzo y Otros, 1991). ¿Quién se hará cargo de los problemas sociales más complejos, que exigen dedicación, compromiso y pocas ganancias?

Habrà que retomar cuestiones para algunos olvidadas como puede ser la responsabilidad o la ética profesional, y también la responsabilidad civil y penal de los profesionales, tema que será tratado en el XXII Coloquio de Derecho Europeo.

Si hacemos un pequeño recorrido por las profesionales más relacionadas con la inserción social, surgirán no pocas cuestiones que exigen una reflexión más profunda.

Se puede empezar por las profesiones relacionadas con la "justicia". ¿Se aplica la ley con las mismas garantías a todas las personas?. Por ejemplo ¿qué pasa en la cárcel?. ¿Qué tipo de población constituye el gran colectivo de los presos? ¿Por qué delitos han sido privados de su libertad? ¿Por qué los preventivos están encarcelados si la Ley general Penitenciaria establece el principio de la presunción de inocencia para ellos?... Por otra parte, dice la Constitución: "Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados". ¿Qué pasa en las cárceles superpobladas como nunca? ¿Son prioritarios los objetivos de reeducación y reinserción? ¿Por qué en las cárceles corren las drogas?... ¿Por qué prima la condición de penado sobre la de enfermo (Sida, hepatitis...)

En el caso de las profesiones sanitarias, ¿qué sucede?. La medicina que siempre se ha presentado como un "servicio humano" por excelencia, también plantea no pocos interrogantes. ¿Importa el enfermo o la enfermedad? ¿Porqué se dedican menos de siete minutos a cada enfermo en la Atención Primaria? ¿Porqué se gasta tanto en medicamentos? ¿Porque existen tantos "fallos" en los servicios perinatales, con la consecuencia de muertes y todo tipo de minusvalías? En el informe de la CECMP (1991) se concluye que el 69,3% de los casos de muerte perinatal revisados ha recibido una atención sanitaria obstétrica y/o pediátrica "inadecuada, al menos en alguna de las etapas asistenciales (fetal, intraparto y neonatal precoz. ¿Por qué la "salud" sigue siendo cuestión de suerte? ¿Por qué no se previenen muchas enfermedades, cuando existen conocimientos y recursos materiales y humanos? El primer derecho del individuo es poder venir a este mundo en condiciones sanas, sin limitaciones de ningún tipo provocadas por "fallos profesionales". Y, en este sentido, un principio ético de asesoramiento genético es que los padres tienen derecho a estar plenamente informados y tomar sus decisiones, sin manipulaciones de ningún tipo de los profesionales, por negligencia, exceso de confianza o planteamientos ideológicos personales.

El sistema educativo también utiliza un discurso maravilloso: desarrollo integral de la persona, igualdad de oportunidades, compensación de las deficiencias, escuela comprensiva e integradora...¿Por qué precisamente en la escuela se refuerzan, cuando no se provocan, las marginaciones? ¿Por qué la educación es un medio de selección de los mejores, lo que quiere decir, de marginación de otros muchos? ¿Por qué se habla de "educación para la vida", cuando el objetivo es sacar un título que facilite obtener el mejor puesto en la sociedad?. ¿Por qué no se ponen en marcha los medios humanos y materiales para conseguir la escuela de todos? También aquí se puede ver cómo, en ocasiones, priman el poder, el status y el dinero sobre los derechos de los educados a una atención educativa acorde con sus necesidades.

Servicios Sociales ¿para qué? Cuando parece que habíamos conseguido la Sociedad del Bienestar para todos, resulta que aparecen desajustes y el colectivo de los "marginados" se amplía por todas

partes. Parados de larga duración, jóvenes que no han accedido al primer empleo, trabajadores nómadas para trabajos precarios, campesinos sin tierra y sin jornales, jubilados con pensiones de hambre, inmigrantes extranjeros explotados en trabajos clandestinos por no tener permiso de residencia, inválidos, enfermos crónicos encerrados en instituciones o tirados en la calle, heroinómanos rechazados en todos los sitios, sidosos sin ningún futuro, delincuentes comunes almacenados en cárceles inmundas, niños maltratados, jóvenes excluidos (Alvarez-Uria, 1992). ¿Los Servicios Sociales no son la "beneficiencia" de siempre, que mantienen más que solución la marginación?

¿Qué papel jugamos aquí los profesionales? ¿A quién "servimos"? ¿A nosotros mismos (trabajo, sueldo, prestigio)? ¿Al poder establecido (administración, empresa, fundación de la que dependemos)? ¿Al paciente, cliente o alumno, cuya dependencia de nuestra "profesionalidad" necesitamos para seguir subsistiendo?

Preguntas, preguntas... Qué fácil es plantearlas y qué difícil dar respuestas prácticas acordes con nuestra profesión. Habrá que cuestionar primero qué se entiende por "inserción" para analizar en profundidad hasta dónde llega la responsabilidad de cada profesional. Habrá que ver de qué responsabilidad hablamos: ante el cliente, ante la institución, ante la sociedad. Habrá que ver...! tantas cuestiones!

Está claro que la inserción social de cualquier sujeto "marginado", plantea más cuestiones de lo que a simple vista parece. No está justificado cargar toda la responsabilidad en el propio afectado, que no quiere o no puede insertarse en nuestra sociedad, aunque resulte muy cómodo para el profesional. Descargar toda la responsabilidad sobre la institución, tampoco es justificable cuando la institución es institución precisamente por que hay unas personas que la constituyen. Y no hablemos de la sociedad...¿qué es la sociedad? Resulta... "muy falso" quejarse de todo, cuando las únicas inquietudes personales son "mi trabajo", "mi familia" y "mi tiempo libre".

De todas formas, no es fácil ser "profesional" en el pleno sentido de la palabra dentro de la sociedad actual. Junto a

las limitaciones personales, habrá que tener en cuenta todos los condicionantes de las organizaciones complejas como son las instituciones educativas, sanitarias, sociales, etc.. Sin embargo, la responsabilidad profesional no desaparece, sino todo lo contrario: habrá que responder éticamente a la nueva situación'. Y, en este sentido, la "inserción social" de los

sujetos marginados pone a prueba a todos los profesionales en contacto con estas personas o con responsabilidades en factores implicados (prevención, diagnóstico...). ¿Hasta dónde llega el compromiso de los profesionales? Esta es la cuestión.

Amando Vega

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, C. y otros** (1990): Incorporación social de los colectivos marginados. Madrid, Acebo.
- ALVAREZ-URIA, F.** (1992): Marginación e inserción. Madrid, Endymion.
- CECMP** (1991): Enquesta confidencial de mortalitat perinatal a Barcelona. Informe final Febrer 1991. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- ELZO, J. y otros** (1991): Juventud Vasca 1990. Vitoria, Gobierno Vasco.
- IZQUIERDO, C.** (1992): "Los derechos humanos en las instituciones penitenciarias". Surgam, 424, pp. 37-48.
- Modell, B.** (1990): "Ética del diagnóstico prenatal y asesoramiento genético". Foro Mundial de la Salud. 11, pp.179-186.

NACIONES UNIDAS (1988): Programa de acción mundial para las personas con discapacidad. Madrid. Real P. Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

SAIZARBITORIA, R. (1981): Perinatalidad y prevención. San Sebastian, Aspace.

STEPHENS, T.M. (1985): "Personal behavior and professional ethics: implications for Special Educators", Journal of Pearnig Disabilities, vol. 18, 4, pp. 187-192.

VILLAIN, J.L. (1992): "Los valores dominantes en la sociedad española de los noventa: su progresiva homogeneización y su polarización en el mundo de lo privado". Rev. de Educación, nº 297, Enero-Abril, pp. 275-292.

VEGA, A. (1991): Pedagogía de Inadaptados Sociales. Madrid, Narcea.

PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL Y EJERCICIO DE DERECHOS

El presente artículo tiene su origen en un curso sobre "Derechos y facilitación del desarrollo con personas con trastornos graves", alguna de cuyas sesiones tuvimos la oportunidad de impartir. Sobre la base de los materiales trabajados en aquel curso hemos querido hacer una incursión en un tema sobre el que, hay que decirlo, no abunda la reflexión y la publicación de textos entre nosotros. Precisamente por ello pretendemos que sea un texto más sugerente que estructurado, un conjunto de trazos no muy acabados que den pistas para pensar y discutir a profesionales y otros agentes implicados en la prestación de servicios a personas con deficiencia mental y con minusvalías en general.

INTRODUCCION

En todo caso creo que procede una llamada de atención sobre la escasa atención que en en nuestro contexto concreto se presta al tipo de cuestiones sobre las que vamos a hablar a continuación. Esta constatación es absolutamente clara para cualquier persona que se haya asomado siquiera un poco al mundo de la intervención, la reflexión o la investigación en el campo de las minusvalías (o de la intervención social en general) en otros países y coordinadas culturales. No vamos ahora a analizar por qué esto es así, pero nos parece importante constatarlo, no tanto para animar a actuaciones de copia mimética de lo que otros hacen, sino —más bien— para motivar, para picar un poco la curiosidad, las ganas de informarse, para sensibilizar sobre la necesidad de determinadas reflexiones, para que buceemos

un poco en nuestros esquemas conceptuales y comportamentales y encontremos vetas quizá poco exploradas, que al contacto con determinados estímulos puedan comenzar a dar algo más de sí.

El artículo está escrito desde y para el contexto de los servicios de todo tipo que se prestan a personas con deficiencia mental y en cierto modo puede ser de aplicación en el campo de las discapacidades en general. Nos dirigimos fundamentalmente a los profesionales que, en el seno de esos servicios, suponen un elemento clave que posibilita u obstaculiza el ejercicio de los derechos de las personas con minusvalía.

Proponemos el siguiente recorrido, los siguientes puntos en torno a los cuales ir tejiendo nuestro discurso respecto del ejercicio de los derechos de las perso-

nas con deficiencia mental en el marco de los servicios:

1. Primero miremos cómo miramos.

Vamos a hablar de unos sujetos (que hemos denominado como personas con deficiencia mental), y podríamos caer en la tentación de pensar que ya sabemos todos de quienes estamos hablando. Sería un mal comienzo. Y lo sería porque va a ser analizando nuestra forma de mirar a estos sujetos como vamos a empezar a encontrar materia para la reflexión. Quizá constatemos que unos y otros los miremos con miradas distintas, los percibamos, los consideremos de diferente manera. Intentaremos ver como las diferentes miradas "construyen" de diferente manera y la importancia que ello tiene.

2. El principio de normalización.

En coherencia con nuestra conceptualización de las personas con discapacidades presentaremos el principio de normalización como el principio rector fundamental de cualquier tipo de abordaje o intervención en el campo de las minusvalías. Desde el punto de vista de los derechos el principio de normalización operará como un marco para encuadrarlos y una guía para aplicarlos.

3. Los derechos de las personas con deficiencia mental.

Aquí nos remitiremos a las diferentes declaraciones de derechos que afectan a este colectivo de manera más directa intentando recoger los fundamentales o aquellos que son más conculcados.

4. Relaciones, grupos, organizaciones, instituciones.

Ahora bien, partimos de la base de que estamos dirigiéndonos a profesionales que trabajan en servicios para personas con discapacidades. En ellos los profesionales podremos operar como agentes facilitadores u obstaculizadores del ejercicio práctico y cotidiano de los derechos y del progreso en la conquista de los mismos. Intentaremos analizar como se produce todo ello.

5. Evaluación, asociacionismo, "advocacy", "self-advocacy".

Pensando en que en los servicios en los que trabajamos probablemente el respeto activo a los derechos de las personas con minusvalías (en este caso usuarios, clientes) no será exquisito, no estará

de más estudiar los resortes correctores que pueden existir para promover la mejora y el cambio.

PRIMERO MIREMOS COMO MIRAMOS

La mirada social sobre las personas con minusvalía no las confiere el valor de personas. Es una mirada cargada de prejuicios, es una mirada que las coloca —de alguna manera— fuera de la categoría de personas.

Nosotros, sin embargo, parece que algo queremos decir cuando empezamos por "personas con", parece que queremos insistir en que primero son personas ("people first") y sólo en segundo lugar "con...". Veamos, pues, a qué nos referimos cuando hablamos de personas y si éstas, que decimos que tienen discapacidades, encajan en dicha categoría.

Proponemos un concepto de ser humano como "sistema de sistemas" en un sistema (social). Es decir, ser humano que se relaciona necesariamente con el medio estableciendo con él intercambios. Sistema de sistemas porque el intercambio con el medio se da a tres niveles o en tres escalones (sistemas):

- Energía
- Información
- Significaciones.

Desde antes de su nacimiento el organismo humano está en intercambio con el medio y el proceso de construcción de la persona es social o no es. Desde esta perspectiva los derechos humanos se convierten en los derechos a recibir de ese medio los aportes que posibiliten una construcción personal mínima: aportes energéticos, de información y de significaciones.

Normalmente esos aportes el individuo los recibe en el espacio microsocioal que le rodea, aunque no podremos comprender nunca lo que pasa en ese espacio microsocioal si no analizamos el espacio social (político, económico y cultural) en el que está inserto su espacio microsocioal concreto.

La persona nace con un "equipo orgánico de base" y desde antes de nacer entra en relación con el entorno. A través de esa relación satisface necesidades y

desarrolla capacidades que a su vez incrementan las probabilidades de éxito en la satisfacción de necesidades, las cuales, a su vez, van evolucionando en la medida en que se desarrolla la persona. La adaptación es el ajuste entre persona y entorno y la buena adaptación depende de ambos a la vez.

Los términos deficiencia, discapacidad o minusvalía nos remiten a la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (CID), instrumento de obligado conocimiento y manejo —a nuestro juicio— para todo aquel que quiera intervenir o siquiera hablar de este tipo de personas. Lamentablemente no hace mucho todavía teníamos la ocasión de comprobar cómo el presidente de una importante organización de ámbito estatal se refería a las personas con deficiencia mental como "los enfermos". Al parecer no se ha leído la CID.

La CID nos permite salir de la dicotomía sano-enfermo para situarnos en un escenario conceptual mucho más útil. En ese escenario podremos entender dinámicamente la interrelación entre las deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Conceptualizamos —pues— a la persona con discapacidades esencialmente como persona y conceptualizamos su problemática específica a través de la CID. Al hablar de persona estamos hablando de necesidades y de proyecto de vida, proyecto de construcción personal en una determinada dirección.

Construcción personal inseparable del proceso de construcción social. Y es en este contexto donde hablamos de derechos.

Al hablar de personas con deficiencia mental estamos hablando de personas que —en muchas ocasiones— no poseen una serie de capacidades comunicativas, relacionales, motrices, cognitivas que suele poseer la mayoría de la gente en el mismo grado y con la misma configuración. Se trata de personas que —aparentemente al menos— se apartan del repertorio habitual de habilidades que posee la gente de la calle.

Sin embargo desde nuestro concepto es el proceso social habitual que se da en torno de estas personas lo que suele generarles y generarnos el mayor número de

problemas. Si no existieran en la sociedad la ausencia de apoyos, los negativos estereotipos y las estructuras segregadoras que hay en relación con estas personas los procesos en los que incurren serían de muy diferente índole.

Y esas faltas de apoyo, esos prejuicios y estructuras segregadoras no están en el aire sino que nosotros mismos podemos ser en gran medida su vehículo. Si yo Félix no consigo comunicarme con él, Pedro, ¿por qué es él el discapacitado?

PRINCIPIO DE NORMALIZACION

Hemos visto cómo desde las ideas, valores, actitudes y comportamientos de la sociedad no se "construye" a la persona con graves discapacidades como persona. Nosotros sí queremos hacerlo así y queremos defender los derechos de estas personas desde una plataforma cómo es la de un servicio del tipo que sea para estas personas. Cuando los que desde cualquier punto de vista intervenimos en este campo queremos reflexionar sobre la filosofía con la que hacerlo, ineludiblemente nos hemos de referir al principio de normalización. Por ello antes de entrar directamente en el tema de los derechos hemos de referirnos al principio de normalización.

Al respecto del principio de normalización sí que nos gustaría hacer referencia a un hecho que nos ha acontecido investigando en el campo de las minusvalías en el Reino Unido, Italia y Francia. Se entrevistó a unos cincuenta diferentes responsables de programas relacionados con minusvalías y tiempo libre en cada país. Al preguntarles por las referencias ideológicas (e incluso los autores) de referencia, el principio de normalización y Wolfensberger fueron citados en un apreciable número de servicios británicos, no siéndolo nunca en Francia o Italia.

Dicho hecho resulta significativo a nuestro juicio de la mayor presencia en la tradición cultural anglosajona en el ámbito de los servicios sociales de toda una serie de elementos de gran interés (tales como el propio principio de normalización y otros que presentaremos luego) y la sorprendente impermeabilidad de los sistemas de servicios de otros países —incluido, por supuesto, el nues-

tro— a dichos elementos, que sin embargo pueden —a nuestro juicio— resultar de gran interés.

Ello no quiere decir que no existan otros principios rectores y otras tradiciones culturales de interés a considerar (baste citar en el caso italiano toda la experiencia de la desinstitucionalización y la integración), pero creemos que el principio de normalización es el más universal y por otra parte es el que más operativizado está al haber servido de base para la construcción de instrumentos de evaluación, etc.

No nos vamos a extender ahora en el principio de normalización. Recogeremos, tan sólo, una definición resumida de Wolfensberger: "uso de medios culturalmente valorados para permitir que la gente viva vidas culturalmente valoradas" (Wolfensberger, W. 1.986, p. 12). A partir de definiciones como ésta, tanto Wolfensberger como otros autores han ido estableciendo concrecciones y aplicaciones del principio en aspectos tales como la integración física, las formas de denominación o apelación, las relaciones sociales, la apropiación a edad y cultura de las actividades o equipamientos, etc.

Excursus: sobre un reciente artículo de Wolf Wolfensberger

Wolf Wolfensberger es —sin lugar a dudas— el punto de referencia número uno a nivel mundial cuando hablamos de normalización. Por ello nos ha resultado de interés, más que reflejar una presentación sucinta de lo esencial del principio y el debate de la normalización, rescatar y comentar un significativo artículo suyo publicado en la revista "Mental retardation" en abril de 1.991. Es la última publicación suya que conocemos y su título es algo así como "Reflexiones sobre una vida en servicios humanos y retraso mental".

Wolfensberger comienza por narrarnos la situación existente en los años 50, cuando él empieza a moverse en el campo de las minusvalías psíquicas: ausencia casi total de publicaciones, sospecha sobre los padres, institucionalización como única alternativa, imagen social negativa (introyectada incluso por los líderes de los movimientos de defensa).

A partir de esa situación da un salto hasta la actualidad y nos habla de que ha mejorado, qué no ha mejorado y de nuevos problemas que surgen.

Entre las mejoras cita: conocimientos médicos, gasto en servicios, educación, conciencia social sobre la capacidad de las personas con retraso, mayor cuidado de la imagen, agencias defensoras y personas que comparten su vida sin cobrar por ello.

Entre los viejos problemas que siguen con nosotros cita: mucha gente sigue viviendo en instituciones, estereotipos y actitudes de la gente, poca integración y participación social valorada, poca educación temprana, fracaso de la formación profesional y la inserción laboral, calidad de servicios mediocre, similares problemas de los padres.

Y es quizá lo más llamativo del artículo el planteamiento que Wolfensberger hace sobre los nuevos problemas que han surgido y el futuro que nos aguarda. Comienza por plantear los problemas que acarrea la crisis social de valores y los síntomas de materialismo, hedonismo, individualismo. En ese contexto afirma que pese a todas las medidas no ha descendido el número de personas devaluadas y dependientes del sistema de servicios sociales. Wolfensberger hace una pintura en la que llega a hablar de genocidio, refleja la existencia de servicios que sólo buscan autoperpetuarse con trabajadores que aparecen y desaparecen con rapidez sin posibilidad de memoria ninguna. Una comunidad en la que las personas devaluadas no encuentran apoyos para vivir con calidad. No se libra de la crítica el movimiento asociativo de los padres, del que afirma que está críticamente enfermo. Wolfensberger llega a afirmar que "puede estar acabando la era de la desinstitucionalización".

3. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Hay palabras que se usan tanto que pierden valor, que llegan a no decirnos casi nada. Analicemos por un momento como resuena en nosotros la palabra "derechos humanos". Podríamos hacer un torbellino de ideas, un brain-storming que nos llevara a ir diciendo o escribiendo otras palabras que tenemos asociadas a ella. Seguramente veríamos que es algo que nos suena a lejano, a viejo. Sin embargo la gran fuerza de algunos conceptos hace que puedan ser redescubiertos, mirados con ojos nuevos, recuperados.

Intentemos hacer esto con la expresión "derechos humanos". Probablemente descubramos que si bien aceptamos — ¡cómo no!— la existencia de derechos humanos en abstracto, probablemente no estaríamos dispuestos a tolerar la puesta en práctica de los mismos con todas sus consecuencias, ¿o sí?

Quien afirma la existencia de derechos humanos está diciendo que todas las vidas humanas tienen un valor equivalente, que cada persona ha de recibir respuesta a sus necesidades y debe aportar elementos en función de sus capacidades, que nadie puede ser discriminado en función de sus características.

El concepto de derechos humanos nos remite al de persona y al de necesidades. Si hablamos de derechos humanos tendremos que decir qué entendemos por ser humano y definir lo que necesita, que sería aquello a lo que tiene derecho.

Entre los textos que figuran en la bibliografía hemos intentado recoger las fundamentales declaraciones escritas en relación con los derechos de las personas con minusvalías. Si las comparamos con declaraciones generales de derechos vemos que los derechos de las personas con minusvalía son —sobre el papel— esencialmente los mismos que los de cualquier persona.

Sin embargo las personas con discapacidades son en principio más vulnerables que otras personas respecto de sus derechos. Por ello en buena lógica deberán tener un plus de derechos y de protección de los mismos, por decirlo de algún modo.

Muchas veces los derechos que menos se tienen en cuenta son —curiosamente— los que se consideran derechos fundamentales de la persona: derecho a la libertad de movimientos, a la libertad de expresión, a la propiedad, a la privacidad, al honor, a la propia imagen, etc. En muchas ocasiones estos derechos se conculcan utilizando el argumento de que no tienen aplicabilidad en el caso de las personas con discapacidad. Sí que se acepta el derecho a la integridad física, pero no se piensa cual puede ser la concreción en cada caso de esos derechos de que hemos hablado. Si no tiene capacidad para decidir sobre todo, pues que no decida sobre nada, si su imagen está deteriorada por una deficiencia, pues ¿qué más da la

ropa con que se le vista?, si se puede escapar que no salga de esta habitación, si no va a poder educar a sus hijos, que no tenga relaciones sexuales, si no le van a aceptar, que no salga a la calle, etc.

Junto a esos derechos fundamentales están esos otros derechos que tienen más relación con actividades, servicios o prestaciones de la sociedad: atención médica, educación, transporte, vivienda, trabajo, tutela, etc. En este tipo de derechos es donde más aplicaciones ya realizadas encontraremos del principio de normalización: ¿se abusa de la medicación? ¿se ofrece el entorno menos restrictivo posible? ¿son las condiciones que se ofrecen a la persona con minusvalía tan normativas como sea posible?

Directamente vinculados a la discapacidad nacen a nuestro juicio dos tipos de derechos: en relación con los que hemos denominado "de servicios" estarían los derechos de recibir atenciones o gozar de adaptaciones especiales: todas las que necesite para desenvolverse socialmente y desarrollarse. Por otra parte, y en relación con los primeros derechos que hemos citado y en el caso de que se deban restringir, la persona con discapacidades tiene derecho a que esa restricción se realice mediante un proceso con garantías en el que pueda ser defendida si no es por ella misma, por alguien independiente.

A nuestro modo de ver todos los derechos los podríamos resumir en uno que podríamos definir como "derecho a tener un horizonte". Si algo da sentido a una vida humana es la posibilidad razonable de ir alcanzando nuevas metas y contar con la libertad y los medios para ir llegando a ellas. En cada momento de nuestra vida esas metas y esos medios son distintas pero la dinámica es la misma. Si nos somos capaces de situarnos con las personas con discapacidades en esta perspectiva no las estamos considerando como persona con todas las consecuencias.

4. RELACIONES, GRUPOS, ORGANIZACIONES, INSTITUCIONES

Podemos constatar cómo las declaraciones de derechos se plantean —lógicamente— de un modo abstracto, y, difícilmente, nadie estaría contra ellas. Ahora bien, los derechos se juegan en el día a

día, en el que las personas con discapacidades se relacionan con otras personas: compañeros, familia, profesionales, etc. Es en ese día a día en el que esos derechos se cumplen o no, en el que entran en colisión con otros derechos en situaciones reales.

A continuación vamos a analizar algunas de las condiciones de efectividad de los derechos de los que hemos hablado en el seno de los servicios concretos en los que nos relacionamos como profesionales con las personas con deficiencia mental. Y lo vamos a hacer como si con el "zoom" de una cámara, fuéramos ampliando el campo de visión. En concreto vamos a detenernos en cuatro momentos de esa progresión del "zoom":

- La relación interpersonal entre el profesional y la persona con discapacidades
- El grupo o unidad operativa habitual de trabajo
- La organización, servicio o programa en el que estamos insertos
- Dicha organización en tanto que institución social

Para poder abordar estos temas hemos utilizado algunos esquemas de análisis que nos pueden ayudar, cuyas fuentes están citadas en la bibliografía.

Comencemos por la diada profesional - usuario, o educador - educando (en su caso). Lo esencial acá es la estructura de la relación, el "contrato" implícito sobre lo que se puede y no se puede hacer. Ahí es donde podremos ver los derechos que de hecho tiene la persona con discapacidades. Siendo conscientes de que analizar el "nivel de relación" (lo implícito) es imprescindible, que no nos podemos quedar en el nivel de contenido (lo explícito). Así descubriremos la calidad de la comunicación y podremos intuir las imágenes del otro que tiene cada uno de los dos. En este nivel nos podremos hacer preguntas como ¿"se acerca" el profesional al nivel de comunicación (códigos) del usuario? ¿estructura el contexto de modo que facilita la expresión del mismo? ¿han estructurado un "contrato" rico y modificable por ambas partes?, etc.

Sin embargo si analizamos correctamente lo que ocurre en el seno de esta diada empezaremos a sentir la necesidad de "abrir el zoom" y fijarnos en el grupo en el que usualmente se enmarca esa re-

lación. Vemos que el grupo se estructura también y que aparecen roles y normas, ¿es tupida la red de atracciones? ¿tienen todos un "hueco" en el grupo? ¿permiten las actividades la participación de todos? En el grupo, en el caso en el que haya en él más de un profesional pueden empezar a aparecer como elemento a analizar las relaciones entre profesionales: ¿qué status tiene cada uno? ¿hay entre ellos relaciones de poder? ¿cuál es el reparto de funciones?

Como vemos en el nivel de grupo ya hemos empezado a analizar cuestiones que no afectan directamente al usuario. Sin embargo si entendemos la organización como sistema no podemos obviar las repercusiones indirectas. Por ello también hemos de analizar al conjunto de la organización (escuela, residencia, asociación) en el que se inserta ese grupo o unidad operativa, ¿hay congruencia entre las metas oficiales y las estructuras organizativas reales? ¿quién toma las decisiones y quién las ejecuta? ¿hay ámbitos grupales de elaboración? ¿están determinadas las responsabilidades? Todos estos hechos van también a generar vida o no dentro de la organización y en cada uno de sus ámbitos.

Por último no podemos olvidar que esa organización en la que trabajamos esta inserta en una sociedad, se sitúa en referencia (o no) a unos planes políticos, tiene una estrategia (o no) en relación con su entorno social. Habremos de analizar sus dependencias políticas, económicas y culturales, su rol e imagen sociales, etc.

Excurso: derechos de la persona con discapacidad y derechos del trabajador

Sólo un análisis comprensivo que recoja los cuatro niveles antes citados nos puede permitir analizar correctamente la tensión existente entre derechos del usuario y derechos del trabajador.

El trabajador de los servicios sociales se queja. Y al parecer se queja con razón. Si no, no hay más que acudir a las estadísticas de movilidad laboral (Wolfensberger cita el caso de una mujer ciega de 30 años que le relataba haber conocido más de 300 trabajadores sociales (en sentido amplio) en su vida) o a los numerosos estudios (no entre nosotros) sobre el fenómeno del "burn out", que nosotros podríamos traducir como el "quemarse". Así pues, y aún haciendo la salvedad de

que probablemente ninguno de nosotros cambiaríamos nuestro trabajo en los Servicios Sociales por el de minero hay que reconocer que las condiciones de trabajo son duras.

Ahora bien, el problema cara a los derechos del usuario es que —siguiendo el esquema de los cuatro niveles antes citado— puede existir una tendencia natural a ubicar y "despachar" los problemas en el nivel inferior y no en el superior. De hecho las organizaciones (y nosotros en ellas) operan como filtros que no dejan pasar los problemas. Y ello es así por que cuanto más alto subimos en la organización mayor es —lógicamente— la resistencia al cambio. Por ello quien tiende a "pagar el pato" es el usuario.

Cada profesional ha de ser capaz de asumir su responsabilidad "su encargo como profesional" y —a la vez— de analizar correctamente los diferentes niveles y plantearse estrategias de cambio en los diferentes niveles.

Esto se puede explicar con un ejemplo —frase textual escuchada a una trabajadora de un servicio residencial (por otra parte persona de gran calidad profesional)—: "si veo a un chaval andando en ese enchufe no voy a hacer nada porque ya he dicho treinta veces que lo arreglen". Tenemos pues un caso en el que la incompetencia de un tercero puede provocar efectos negativos en el usuario por la omisión de otro trabajador que no quiere asumir responsabilidades que no considera suyas. Lo que no sabemos es si ese tercero tiene a su vez una justificación de parecido estilo y así sucesivamente.

Cuando este tipo de dinámicas se van instalando, la organización va enfermando y nos vamos quemando todos (empezando por el usuario que mete los dedos en el enchufe).

5. EVALUACION, ASOCIACIONISMO, "ADVOCACY", "SELF-ADVOCACY"

Para terminar presentamos algunos trazos sobre cuatro elementos correctores o facilitadores del cambio en el seno de los servicios y que pueden ayudar a un mejor cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidades.

En primer lugar está la evaluación. Esta puede ser interna (hecha por el propio servicio) o externa. Ambos tipos son necesarios aunque en nuestro país apenas se practique ninguno de los dos. Al hablar de evaluación nos referimos a un proceso relativamente sistemático de utilización de técnicas que nos permitan describir, analizar y dar una valoración a lo que hacemos.

Estamos convencidos de que tan sólo con la implantación, en los servicios, de unos mínimos sistemas de evaluación, aunque fueran sencillos, ya se daría un gran paso en orden a la mejor salvaguarda de los derechos de los usuarios.

En segundo lugar tenemos el asociacionismo, fundamentalmente de los padres de las personas con minusvalías psíquica. En nuestro país quizá nos encontremos en un momento crucial de este tipo de asociaciones. Se trata de asociaciones que han sido muy activas sobre todo en la década de los 70 y que han conseguido la extensión de unos mínimos de atención. Sin embargo corren el riesgo de —utilizando una expresión aplicada a otro contexto de Felipe González— morir de éxito: el peso de la gestión de los centros, la dependencia casi absoluta de los fondos públicos que se han conseguido y la falta de incorporación de jóvenes generaciones (por la bajada de los nacimientos, la integración escolar y la falta de necesidad de asociarse para obtener servicios) entre otros factores, colocan a estas asociaciones en una mala situación.

Por otra parte no podemos olvidar que incluso en sus momentos más gloriosos un movimiento de padres siempre va a tener el sesgo de los intereses de los padres, que no van a tener porque coincidir con los de las personas con minusvalías.

En tercer lugar presentaremos el concepto de "advocacy". La "advocacy" es una práctica propia del mundo anglosajón. Nos puede dar una idea del desarrollo de la misma el hecho de que existan incluso instrumentos estructurados de evaluación, como es el caso del CAPE (ver en la bibliografía).

En pocas palabras el "advocate" sería una persona que vela por los derechos de una persona con deficiencia. En nuestro contexto cultural se nos hace raro pensar en alguien que ejerza esta función

sin ser familiar de la persona con minusvalía. Un factor —entre otros— que explica el surgimiento de los "advocates" puede ser el hecho de que muchas personas con deficiencia, que han pasado años en instituciones carecieran de vínculos familiares al regresar a la comunidad.

En todo caso se trata de un fenómeno interesante y otro de los resortes que puede mejorar la situación de personas con minusvalía.

Por último hablaremos de la "self-advocacy". Vamos a presentar algunos resultados del estudio de Bronach Crawley titulado "The growing voice (A survey of self-advocacy groups in Adult Training Centres and hospitals in Great Britain)" cuyo título podríamos traducir así: "La voz creciente (Una encuesta sobre grupos de defensa de los propios derechos en centros de adultos e internados en Gran Bretaña".

Para entendemos convendrá aclarar algunos términos:

- "Self-advocacy groups": Hemos traducido como "grupos de defensa de los propios derechos" aunque no nos convence la expresión. La hemos preferido a "grupos de autodefensa" u otras. Se trata de grupos compuestos por personas con minusvalía psíquica para manifestarse por sí mismos y defender sus derechos.
- "Adult Training Centres": son centros de día para adultos en los que pueden ser mayores o menores los componentes ocupacional o habilitador según casos.
- "Hospitals": la traducción literal sería hospitales, pero las instituciones a que se refiere las llamaríamos aquí internados o residencias.

Entre 1.986 y 1.987 se envió un cuestionario a todos los centros para adultos con minusvalías psíquicas de Inglaterra, Gales y Escocia (bien diurnos o bien residenciales). En el cuestionario se preguntaba por la existencia de grupos en los que las personas con minusvalías psíquicas pudieran manifestarse por sí mismas. Un 70 % de los centros contestaron. Los resultados mostraron el considerable incremento de grupos de defensa de los propios derechos, pues de un 22% de los centros en una encuesta de 1.980 se había pasado a un 60% en el caso de los centros diurnos. En cuanto a los interna-

dos no hay datos del 80 y en el 86/87 sólo alcanzan al 27%.

"Self-advocacy" es el acto de optar, decidir y llevar a cabo los cambios deseados para uno mismo. En términos coloquiales se le ha definido como "manifestarse por uno mismo". Sin embargo "self-advocacy" es más que hablar. Implica el intento de producir cambios en la propia vida. Es este elemento de la acción lo que diferencia la "self-advocacy" de la auto-expresión...Cualquier actividad que incluya determinación propia puede ser llamada "self-advocacy". Esto significa que incluye actos muy simples, tales como indicar si deseas la comida que te han dado hasta actos más complejos...como ir a la huelga por mejores salarios. El abanico de toma de decisiones y determinación propia indica que cualquiera puede tomar parte en "self-advocacy" a algún nivel, independientemente de la gravedad de sus discapacidades".

"Self-advocacy" difiere de "advocacy". Todo depende de quien ejerza la acción de defender o facilitar el cambio. La "advocacy" parte del supuesto de que hay personas con minusvalías psíquicas que no podrán ejercer de modo significativo la "self-advocacy", bien por la gravedad de su discapacidad o bien por el entorno discapacitante o segregador en el que se mueven. Ambas acciones han de ser complementarias y desde la segunda se ha de promover la primera favoreciendo el aumento de las habilidades sociales, las habilidades de comunicación y la asertividad en las personas con minusvalías psíquicas.

Se han definido cuatro tipos de "self-advocacy":

1. "Autónomo" o ideal: independiente de servicios profesionales y organizaciones de padres.
2. "Divisional": forma parte como sección especial de una organización de padres o profesional.
3. "Coalición": gente con diferentes tipos de discapacidad.
4. "Parte del sistema de servicios".

Tan interesantes como este documento presentamos en la bibliografía otros sobre el movimiento de "self-advocacy" que en Canadá y Estados Unidos mueve a más de 5.000 personas.

Final: Borrador de una guía sobre el ejercicio de los derechos de las personas con deficiencia mental en el marco de los servicios

A continuación presentamos un primer borrador de lo que podría ser una guía para la evaluación en un servicio sobre el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidades. Conviene aclarar que nos situamos en el marco de un servicio (residencial, de habilitación, etc.) con lo cual hay derechos de las personas con graves discapacidades que no aparecen por salirse del ámbito de control de los servicios. Insistimos también en que se trata de un borrador puesto que sólo después de varias cribas y discusiones podría considerarse como una guía a utilizar.

Consideramos que cada uno de los derechos que se citan podría ser puntuado de 0 a 10 según la siguiente escala: restricción total sin garantías - restricción parcial sin garantías - restricción total con garantías - restricción parcial con garantías - posibilidad formal de ejercer el derecho - potenciación del ejercicio del derecho.

Por otro lado en cada caso podría considerarse en cuál de los siguientes cuatro ámbitos (o en varios de ellos) se aplica una u otra puntuación:

- Ambito de la relación interpersonal entre profesional y usuario
- Ambito del grupo o unidad operativa habitual de trabajo
- Organización o servicio en que se inserta esa unidad operativa
- Organización como institución social

Listado de derechos

1. Derecho a no ser agredido físicamente.
2. Derecho a moverse libremente.
3. Derecho a una alimentación de igual calidad a la que reciben los profesionales caso de que ellos también coman en el servicio.
4. Derecho a una apariencia física agradable y por lo tanto a los cuidados necesarios para mantenerla (corte de pelo, uñas, higiene, etc.), a una vestimenta de calidad, adecuada a la edad y a las modas.

5. Derecho a un entorno bello y a la ausencia de elementos estigmatizantes (grandes estancias, barrotes, rótulos, etc.)
6. Derecho a un entorno y a unos materiales adaptados, a la ausencia de barreras arquitectónicas y en general a un entorno físico y material que favorezca al máximo el desenvolvimiento autónomo del sujeto.
7. Derecho a una flexibilidad y opcionalidad en el horario, régimen de comidas, decoración, compras, etc., derecho a la existencia de opciones alternativas en todas estas cuestiones.
8. Derecho a la intimidad en situaciones como dormir, ir al servicio, etc.
9. Derecho a expresarse y comunicarse con los códigos que se posean.
10. Derecho al desarrollo de gustos y aficiones (coleccionar cosas, tener animales, oír música, etc.)
11. Derecho a ser denominado respetuosamente tanto de forma verbal como por escrito sin etiquetas estigmatizantes.
12. Derecho al uso de servicios de transporte, comercios, servicios médicos, de ocio y de todo tipo ordinarios, es decir, los mismos que el resto de la comunidad.
13. Derecho a establecer relaciones, y a mantener relaciones sexuales.
14. Derecho al contacto habitual y directo con sujetos ordinarios de la comunidad, siendo apoyado pero no sobreprotegido por los profesionales.
15. Derecho a la ayuda que sea precisa y a los recursos materiales y humanos consiguientes para la satisfacción de sus necesidades básicas de manera digna.
16. Derecho a hacer por si mismo lo que es capaz de hacer.
17. Derecho a asumir riesgos razonables.

18. Derecho a la posesión y al manejo de dinero y bienes materiales y a que se garantice que sus bienes no son usados según intereses no legítimos de otros.
19. Derecho a que se elaboren planes escritos y consensuados sobre los tratamientos a recibir de forma interdisciplinaria y controlada.
20. Derecho a recibir información comprensible y a participar en las decisiones sobre los tratamientos o intervenciones de cualquier tipo de los que va a ser objeto (incluyendo los tratamientos médicos).
21. Derecho al control sobre estructuración de unidades de atención, adscripción de profesionales y otras medidas de organización del servicio.
22. Derecho al control sobre los procesos de transmisión de información escrita sobre su persona entre profesionales.
23. Derecho a que se potencie un permanente aprendizaje y aumento de las capacidades y de la autonomía.
24. Derecho a la promoción dentro del servicio a situaciones cada vez menos restrictivas y más normalizadas y desde el servicio en el que se está a servicios menos restrictivos y más normalizados.
25. Derecho a que cualquier restricción de derechos se realice con las suficientes garantías: en un proceso en el que participen varios profesionales y también agentes externos.
26. Derecho a que agentes ajenos al servicio con legitimidad para ello (familiares, tutores, miembros de asociaciones, "advocates", compañeros, etc.) velen por el ejercicio de estos derechos en la medida en que en cada momento concreto la persona con discapacidades no pueda ejercerlos.
27. Derecho a mecanismos de denuncia y defensa ante trato degradante, abusos y negligencias.

BIBLIOGRAFIA

(Hemos recogido una bibliografía básica ordenada según los capítulos del artículo)

1.

CAIMEVARO, A. "La sfida dell'handicap grave" en ROLLERO, P. y FALOPPA, M. Handicap grave e scuola. Rosenberg e Sellier. p. 17.

CASADO, D. Panorámica de la discapacidad. Barcelona. Institut de Treball i Servéis Socials. 1.990. 149 p.

FIERRO, A. La "personalidad" del subnormal. Salamanca. Universidad. 1.981. 55 p.

GOBIERNO VASCO. Deficiencias y minusvalías en la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria. 1.988. 444 p.

OCDE/CERI. "La disminución y la condición de adultos" en Siglo Cero. 120. Noviembre - diciembre 1.988. Madrid. FEAPS. p. 12.

2.

CARLE, N. Key concepts in community-based services. London. CMH. 1.984. 33 p.

SHEARER, A. ¡Piense positivamente! Bruselas. ILSMH. 1.985. 36 p.

WOLFENSBERGER, W. "El debate sobre la normalización" en Siglo Cero, 105. 1.986. Madrid. FEAPS. p.12.

WOLFENSBERGER, W. "Reflections on a Lifetime in Human Services and Mental Retardation" en Mental Retardation. Vol 29. N. 1. Abril 1.991. p. 1.

3.

BASOKO, J.L. "El ejercicio de los derechos de la persona con deficiencia mental en el marco del derecho positivo y de la realidad social" en Zerbitzuan. 12-13. 1.990. Vitoria. Gobierno Vasco, p. 55.

ILSMH. Paso a paso. Bruselas. 1.980. 74 p.

MUÑOZ, S. Código de las minusvalías. Madrid. La ley. 1.989. 894 p.

NACIONES UNIDAS. Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Nueva York.

NACIONES UNIDAS. Compendio de declaraciones sobre los derechos de las personas impedidas.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Retraso mental: respuesta a un reto. Ginebra. 1.985. 47 p.

PRESIDENT'S COMMITTEE ON MENTAL RETARDATION. Report to the President: Century of Decision. Washington. 1.976.

REHABILITACION INTERNACIONAL. Carta para los años 80. Madrid. IN-SERSO. 1.982.

ROBERTSON, J. The disability rights handbook. The Disability Alliance ERA. London. 1.989. 238 p.

4.

FANTOVA, F. Dinámica de grupos/Talde Dinamika. Bilbao. EDEJ. 1.988. 336 p.

MINTZBERG, H. La estructura de las organizaciones. Barcelona. Ariel. 1.988. 561 p.

OFFE, C. partidos políticos y nuevos movimientos sociales. Madrid. Sistema. 1.988. 265 p.

RUEDA, J. M. "Buscando un esquema conceptual, referencial y operativo" en Papeles del psicólogo. Epoca II. 41-42. Octubre - diciembre 1.989. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos, p. 22.

SCHVARSTEIN, L. Psicología social de las organizaciones. Buenos Aires. Paidós. 1.991. 273 p.

WATZLAWICK, P. y otros. Teoría de la comunicación humana. Barcelona. Herder. 1.983. 260 p.

5.

CMH. LASA (Learning about self-advocacy) Pack. London.

CRAWLEY, B. The growing voice (A survey of self-advocacy groups in Adult training Centres and hospitals in Great Britain). London. CMH. 1.988. 56 p.

FANTOVA, F. "Reflexión, diálogo y concientización en grupos de personas con deficiencia mental" en Zerbitzuan. 10. Enero 1.990. Vitoria. Gobierno Vasco, p. 43.

FANTOVA, F. "Programen ebaluaziorako hastapenak" en Zerbitzuan, 15. Julio 1.991. Vitoria. Gobierno Vasco, p.56.

FEAPS. Evaluación de servicios para personas con deficiencia mental. 33 p.

FEAPS. Mesa redonda sobre asociaciones. Madrid. 1.985.

FEAPS. Tutela: teoría y práctica. Madrid. 1.990. 101 p.

HERR, S. y SCHUSTER, R. "Advocacy" y deficiencia mental. Bruselas. ILSMH. 1.986. 16 p.

PEOPLE FIRST OF LONDON AND THAMES. Constitution.

SHEARER, A. Mirando hacia el futuro (Informe del simposium de la ILSMH sobre el papel futuro de las asociaciones voluntarias. Madrid. Noviembre 1.984). Bruselas. ILSMH. 1.986. 48 p.

WOLFENSBERGER, W. y GLENN, L. PASS 3 (Programa de Análisis de Sistemas de Servicios). Vitoria. SAD-MA. 1.982. 170 p.

WOLFENSBERGER, W. y BRIEN, O. Citizen Advocacy Program Evaluation (CAPE).

GIZARTE LANAREN EUSKARARI BURUZKO HITZALDIA

Este texto constituye la transcripción literal de una lección impartida por Joseba Erkizia en la Escuela Universitaria de Trabajo Social en Donostia-San Sebastián.

El autor, a través del análisis de varios textos oficiales relacionados con Servicios Sociales, hace un recuento de los principales problemas de adaptación lingüística que surgen de la utilización del euskera. Obserba una infrautilización de términos propios tradicionales que cabría recuperar para el uso, asignándoles una acepción concreta, y cierta tendencia a tomar prestados del castellano términos procedentes de otras lenguas — del inglés y del francés generalmente— que se adaptarían mejor tomándolos de sus fuentes y contextos originales.

Neri Jonek esan zidanean ea etorriko nintzen egun batean zuen aurrean pixka bat hitzegitera gizarte ongizatearen alorrari buruz, euskarak orokorrean eta konkretuki euskal terminolojiak, euskal sintaxiak eta dauzkaten problemetak hitzegitera. Nik pentsatu nuen egokiena izango litzatekeea, bilketa exhaustiboak egin ordez, behar bada ekartzea hona, zuei aurkeztera, guk itzultzaileok ikusten ditugun zenbait problema; zeren, azken batean, eta gaur goizean nere lankideekin komentatzen nuen bezala, zuek izango zarrate hemendik aurrera, hemendik urte batzutara, gizarte ongizatearen alorrean lanean arituko diren teknikariak, eta nik uste dut inportanteena dela zuek jabetzea euskarak alor honetan duen problematikaz, soluzioa seguruena zuen esku dagoelako eta ez beste inoren esku.

Jonek esan bezala, ni itzultzailea naiz, ni aritzen naiz itzulpenak egiten Gipuzkoa-

ko Diputazioan. Gipuzkoako Diputazioan - pixka bat jabetzeko- bi itzultzaile talde gaude. Batetik, etxean bertan, Diputazioaren Jauregian, Gipuzkoa plazan, aritzen garenok; eta beste talde bat dago boletinak itzultzen dituen. Gero, Diputazioko Gizarte Ongizatearen Departamendua dago erabat aparte, ez dago gertu ez gugandik, ez boletineko itzultzaileengandik. Horrek berak, gero ikusiko dugun bezela, ekartzen ditu zenbait problema eta pixka bat hortaz hitzegitera etorri naiz, gure ikuspuntutik begiratuta. Guk itzultzaileok, gizarte ongizatearen alorreko itzulpen-gintzarekin izaten ditugun problemei buruz hitzegitera, hain zuzen.

ZENBAIT OHAR SEGIDISIVIOAZ.

Beno, seguru asko gauza ezaguna da, eta nik uste dut topikoa ere bihurtu dela,

euskara generalean, eta ez gizarte ongizatearen alorrean bakarrik, gazteleraren menpean dagoela, nolabait gazteleraren morroia dela; eta iruditzen zaigu, beno, bada gaztelera dela hizkuntza nolabait bizi bat, dinamikoa eta perfektoa, bere beharrak asetzen dituena, eta gero gazteleratik kopiatuta aritzen garela euskerako lexikoa sortzen eta hizkuntza egiten.

Hori neurri batean egia da. Egia da euskal lexikologia eta terminologia, nere ustez behintzat, azkeneko urte hauetan oso morroi izan dela gaztelaniarekiko. Askotan ez gara konturatzen, ordea, eta nik uste dut hori inportantea dela komentatzea, ez gara konturatzen gaztelera ere, morroi dela. Zeren gizarte ongizatearen alorrean sortzen den termino asko eta asko, nere ustez behintzat, beste hizkuntza batzuetatik hartuta dago. Nik baino hobeto jakingo duzue, horretan espezialista egiten ari zaretelako, gizarte ongizatearen alorra, administrazioan eta politikan, eta nolabait hemengo estatu honetan edo hemengo komunitate autonomoan edo, sortu dela orain dela urte gutxi. Orain dela 10 edo 15 urte gizarte asistentziaren alorrean egiten zen lana kanpokoarekin konparatzen badugu, beno, esan daiteke hutsa zela. Beste kezkek eta beste historiak lantzen zituen administrazioak problematika sortzen ari zen gizarte industrializatua aurrera zihoan heinean, eta problematika horrek ez zuen gero nolabaiteko irteera sozial edo politikorik. Nik uste dut European —Frantzia, Ingalaterran, Italian batez ere, eta Alemanian eta abar,— nolabait hemen orain lantzen ari diren problema hauek, aspaldiagotik landu dituztela eta behar bada 2 edo 3 hamarkadetako abantaila daramatela. Guk itzultzaileok somatu duguna da, beraz, gaztelera bera gizarte ongizatearen alorrean nahiko morroi dabilela beste hizkuntzekiko, batez ere, seguru asko, frantsesarekiko.

Badira gaur egun oso termino normalak iruditzen zaizkigunak, "tercera edad" esate baterako. Termino honen historia ikusten badugu, garbi dago Frantziatik ekarritakoa dela; beno han "troisième age" esaten diote eta termino hori Frantzia zaharragoa da hemen baino. Orduan, Espainolak zer egiten du? Espainolak esaten dudanean, esan nahi dut alor honetan ari diren teknikoak. Zer egiten dute? Konzeptu hori ikusten dutenean beste hizkuntza batean, frantsesean esate baterako, ekarri egiten dute eta gazteleraz ere, erabiltzen hasi eta gero, bigarren maila batean euskarara pasatzen da. Ger-

tatzen da, nolabait, segidismo hutsean ari garela: beno "troisième age" esaten badute frantsesek, zergatik guk "zaharrak" esan ordez -zaharrak, hain hitz itsusia eta zatarra iruditzen zaiguna- ez esan "hirugarren adina", espainolez ere "tercera edad" esaten bada? Beno, hala funtzionatzen du gutxi gorabehera gauza honek.

Beste adibide bat aipatzeko, orain dela gutxiko plan berri batean sortu den beste termino bat egoera berean dago: "familia desegituratua" edo "familia desestructurada". Hauek ere "famille desstructuree" frantsesetik hartuak daude eta azkenean hitza bera entzunda, nik ez dakit, euskaldun batek entzuten duenean, "familia desegituratua" zer den konturatzen den. Nik uste dut, kontextua ikusten ez badu edo begiratzen ez badu zertaz den testua edo zertaz ari den hizketan pertsona, nekez ulertuko duela. Zeren esan nahi du gauza bat, arazo larriak dituen familiak direla, etabar. Baina, beno, kalkoak egiterakoan hizkuntza batetik bestera holakoak gertatzen dira.

Nik uste dut inportanteena dela azpimarratzea gaztelera bera morroi dela gaur egun, frantsesa ere inglesaren neurri batean, morroia den bezala eta gure kasuan euskera oso morroi dela gaztelerarekiko edo behintzat izan dela. Iruditzen bait zait orain badaudela alegin batzuk morroitzat horretatik ihes egiteko.

Kontuak kontu eta gauzak horrela, zer gertatzen ari da gizarte ongizatearen alor berri honetan? Sortzen ari direla kalko asko, lehen esan bezala, eufemismo asko ere bai, askotan eufemismo hutsa dela "zaharrak" esan ordez (eta zaharrak esanda eukaldun batek berehala entenditzen du zer esan nahi den) "hirugarren adina" esatea. Hori zergatik? Bada, behar bada, zahar hitzari konnotazio negatiboa edo itsusia ikusten zaiolako eta asmatu beharra dagolako beste bat, eta asmatzeko momentu horretan, norbaitek baliabide propioekin edo euskeraren ikuspuntutik bakarrik begiratuta sortu ordez, segidismoa egiten duelako. Nola esaten da hau erderaz edo frantsesez edo? Eta orduan kalkoa egiten da.

Eta gero, nolabait teknizismo asko ere sortzen ari da alor honetan. Guk ikusi dugu -esan dudan bezala gure lana itzulpenak egitea da, eta ez behar bada terminologia sortzea- azkeneko urte hauetan alor honetan teknizismo ugari sartzen ari dela. Eta lasaitasun osoarekin, sartu gai-

nera, kontuan hartu gabe testuak, deialdi, publizitate, triptiko... zer diren. Oraintxe bertan ikusten ari ginen triptikoa, nere ustez euskaraz egina dagoela esatea nekeza da. Euskaraz dago itxuraz, euskal hitzekin egina, baina, euskaraz dagoenik ez dakit esan litekeen. Teknizismo esko sartzen ari dira, adibide batzuk aipatzearen: "terapia ocupacional", "atencion comunitaria", "invalidez sobrevenida", "disfuncion congenita", "riesgo social", honelako hitz pila bat ikusten ari gara, eta batzutan, behar bada, giza alor bat desarroilatzen ari den heinean beharrezkoa izaten du gero eta matizazio gehiago egitea. Hori hala izaten da eta normala da nolabait hitz teknikoak sortu beharra, erabili beharra eta abar. Baina askotan nik ez dakit ez ote litezkeen gorde den hitz tekniko horiek teknikoaren artean hitzegiteko edo lege bat egiten denerako. Baina behar bada, nolabait gizarte dibulgazio lana egiten denean edo, interesatuekin, gizarte ongizatearen alorreko afektatuekin, herriarekin azken batean, hitzegiten eta komunikatzen denean behar bada erabili daitezke beste hitz batzuk. Nik ez dut uste "disfuncion congenita" esateko beste modurik ez dagoenik, egongo da, baina behar bada kosta egiten da hitz arrunt bat jartzea, zeren ponpoxoagoa da erderazkoa eta euskaraz ere hitz ponpoxo bat sortzea hobea dela iruditzen zaigu.

Hemen nik kezka bat planteatu nahi nizueke zuei. Lehen esan bezala, hitz berri batek hizkuntza batean integratzeko behar izaten du prozesu bat, prozesu natural bat, urteetako prozesu bat eta lehen esan bezala, Frantziar, Italian, Alemaniar eta horietan tradizio bat badute alor honetako lanek eta, behar bada, hiztegi hau guztia integratua daukate bere lexiko arruntean. Euskaraz, berriz, gertatzen da beste leku batzutan 50 urtetan egin behar izan dena, hemen 10 urtetan egin behar izan dugula, eta behar bada gizarte ongizatearen alorreko terminologia hau ez dagoela oraindik integratua euskararen hiztegi orokorrean; denbora beharko duela hor integratzeko eta gehiago kostatuko zaiola gauzak benetan gaizki egiten badira, salto handia baldin badago euskara arruntetik euskara tekniko honetara.

GARBIZALEKERIA ETA JOERA TEKNIZISTA

Apaitu dut euskararen morroitzaz gaztelarekiko eta hori begi bistakoa da,

gauza jakina da. Alor honetan, teknikari gehienek, politikari gehienek eta administralari gehienek, erdaraz egiten dute lana, erdaraz sortzen dute lana eta terminologia, hizkuntza hori, testugintza hori guztia. Normalean nik esango nuke %98 edo erdaraz sortzen dela lehenbizi; eta gero euskaratu egiten da, itzuli egiten da. Prozesu honetan euskara morroi izan da, gaztelarearen morroi izan da, eta nik esango nuke bi joera nagusitu direla nolabait lan horiek euskaratzeko prozesu horretan: garbizalekeria eta joera teknizista.

Lehenengo urteetan, eta nik uste dut logiko izan zela, hala izaten bait da neurri batean, garbizalekeria handia ikusten zen gizarte ongizateko lanetan eta gertatzen zen, euskaraz zeuzkan baliapideak nahikoak zirela uste zela eta horiekin egin nahi zela, nolabait buelta eman erdaraz zerman dinamikari eta erdaraz sortzen zituen hitz tekniko berri guztiei. Horregatik gertatzen zen, esate baterako, "elbarria", euskalduna den eta oso zaharra den eta oso integratua eta tradizionala den hitz honek, pentsatzen zela balio zuela gauza guztiak adierazteko. Edo "atzeratua", esate baterako: "subnormal", "retrasado", "deficiente", beno nolabait konzepto horiek adierazteko, euskara arruntean baze goen termino hori erabili eta uste zen horrekin dena konpondu behar zela. Baina gertatzen zen erdara bereizten eta matizatzen ari zela eta beno, erdararentzako ez zela berdina, esate baterako, zenbait termino aipatzearen, "minusvalido", "invalido", "imposibilitado", "incapacitado", "disminuido", etabar. Orduan zer gertatu zen? Lehenengo garbizalekeria hori nagusiki testu administratiboetan sortu zen, batez ere gainera Euskal Gobernuaren inguruko testuetan, Euskal Gobernu eta Parlamenduko testuetan, Euskal Herriko Boletín Ofizialean.

Eta gero etorri zen, ordea, kontrako joera. Zeren problema bat ikusten hasi ginen, alegia, testu bat euskeratzean, esate baterako ba "elbarri" esanda "minusvalido" eta "imposibilitado" esateko erabiltzen zela. Eta orduan, euskaratu euskaratzen zen, baina alderantziz egin behar zenean, euskarazko testu hori erdaratu edo frantsesera pasa edo inglesera pasa behar zenean zer gertatzen zen? Bada, euskarazko hitz bakar batekin, agian adierazten ari zinela 2 edo 3 kontzeptu desberdin, eta ez zegoela modurik euskarazko hori erdaratzeko. Erdaratzeko edo ongi ulertzeko. Konfusioak sortzen ziren eta plan hauen eta testu hauen hartzaileek

edo interesatuek ez zituzten bereizten ondo esanahiak, adierazpenak, etab.

Orduan etorri zen, hain zuzen ere, garbizalekeriaren kontrako joera. Garbizalekeriaren ordeztu, nik ez dakit, joera teknizista edo deitu litekeena. Orduan hori etorri zen mailegua, kalkoa, santifikatzeko joera, nolabait mailegu eta kalkokeria edo deitu dezakeguna, eta orduan ba "prebentzio komunitarioa", "minusbalidoa", eta honelakoak erabiltzen hasi ziren euskaraz. Orain dela gutxi ere euskal egunkarietan irakurritako hitzak dira hauek, eta hitz horiek lehen esan bezala garbizalekeria horrek sortutako problemak konponitzeko erabiltzen hasi ziren.

Baina, hitzak ez dira aztertu behar hitzez-hitz edo bakarka, baizik eta famili semantikoak edo, hartuta. Eta esaten zen "minusbalido" nola esan behar dugu euskaraz? Jakiteko, aurretik aztertu behar da "minusbalido" horren inguruan zer familia semantiko dagoen edo zer bestelako hitzak dituen ondoan antzeko esanahia edo dutenak. Hor ikusten zen, esate baterako, "minusbalido, invalido, imposibilitado, incapacitado, disminuido, deficiente" eta gehiago ere egon litezkeela. Eta erantzunak ematen hasi ziren eta orduan "minusbalido"-ari buruz esan zen: beno, elbarria "invalido" baldin bada nagusiki orain arte izan dena, "minusbalido" izan beharko du "minusbaliatua" edo horrelako zerbait, ez? "invalido" "elbarria", "imposibilitado" "ezindua", "incapacitado" "ezgaitua" eta "disminuído" "gutxitua", esate baterako. Eta nolabait familia osoko hitzak hartuta konponbide osoa eman eta pentsatzen genuen euskarak horrekin konpondua zuela gauza.

Baina horrek beste problematika bat ere ekarri du; eta oso nabarmena. Eta da, azkenean nahiko modu sibilinoan egin direla gauza hauek eta ez ginela konturatzeko erdarak "minusbalido, invalido, imposibilitado, incapacitado, disminuido" erabiltzen zituenean, agian ez zituela denak beharrezkoak eta termino bakoitzak ez zuela beste guztien esanahi diferentia eta batzutan erdarak edo frantsesak erabiltzen zituela 2 edo 3 hitz adierazi berbera esateko. Eta hala, Minusbaliei buruzko Legea hartu ezker, "minusbalido" hitza bakarrik azaltzen da. Gainerako hitzak ere hor daude, baina jakin behar da hitzak noiz eta nola erabili. Zeren gertatu dena da, hitz joku hauek guztiak itzuli ditugunean, agian baztertu dugula euskarak arruntena zuen hitza. Eta gaur egun nik gizarte

ongizatearen alorreko testuetan nekez ikusten dut "elbarria" hitza. "Elbarria" hitza badirudi erdi baztertu edo egin dela. "Elbarria" hitz hori da euskaldun arrunt batek normalean ezagutzen duen hitza, baina agian urte batzutan joera izan delako, beste hitz bat "incapacitado" edo "discapacitado", adibidez, sortu da lehen esandako teknizismo horregatik, eta euskarazko testuetan ohitu gara ikusten "ezgaitua" edo "ezindua" edo horrelakoren bat, elbarria hor zegoen arren.

Laburbilduz, nolabait, ikuspegi teknizista hau muturreraino eramateak sortzen du azkenean euskararen morroitzaren harea-gotzea eta pentsatzea erdarak daukan termino bakoitzari euskaraz termino bat dagoekiola derrigorrez, eta hori ez da egia. Kasu honetan eta adibide honetatik atera gabe, bost hitzen multzoa aztertzen ari gara; ni seguru nago, ordea, 5 hitz horietako 2 edo 3ekin, behar bada, lasai asko mugitu litezkeela problematika horiek eta testu horiek. Baina zer gertatzen da? Normalean, euskarazko terminologia hori itzultzaileak sortzen duela, ez terminologoak, eta batez ere gizarte lana egiten den zentroetatik eta teknikariengandik urrun.

Terminologiarekin edo nolabait bukatzeko nik esan nahi nuke lexikoa sortzeko prozedura asko daudela. Hemen aipatu ditugu batzuk, mailegua eta kalkoa bereziki. Hizkuntza batek termino bat ez daukanean ordea, beste hizkuntza bateko terminoak adierazteko erabili dezake perifrasi edo esplikazioa. Lehen komentatu dugu adibide bat: "familia desegituratua" esateko igual esan daiteke, "arazo larria" edo "gizarte-arazo larria" edo ez dakit zer duen "familia" eta agian ez da ezer pasatzen horrela esateagatik baina ez gara atrebitzen. Zergatik?. Erdarak 2 hitzekin esaten duelako hori eta euskarak, kasu hortan, 4 edo 5 hitz beharko lituzkelako. Orduan, beste prozedura asko daude, baina, beno, ez da zuen kontua itzulpena baizik gizarte ongizateko lana. Niretzat inportanteena da azpimarratzea prozedura guztiak direla zilegiak eta egokiak, baina inportanteena dela prozedura guztiak orekatuta erabiltzea. Alegia, guk hartzen badugu gizarte ongizatearen alorreko terminologia guztia, espainolak, frantsesak edo ingelesak erabiltzen duen bezala erabiltzeko, azkenean egingo dugu euskara bat, aditz eta sintaxi euskalduna izango duena, baina lexiko erabat erdaldundu batekin. Eta alderantziz, nahi baldin badugu dena perifrasi bidez adierazi, seguru asko hizkuntza hori oso aldrebasa, traketsa eta

pelma egingo dugu. Ez da funtzionala izango eta ez da bizia izango. Orduan inportantea da prozedura guztiak erabiltzea, baina erabiltzea modu orekatu batean.

Beraz, nik uste dut ez duela arrazoi garbizale hutsak eta ez duela arrazoi teknizista hutsak, eta soluzioa dela denen baliapideak neurri batean erabiltzea eta zailena dela neurri hori hartzea. Lehen esaten nizuen, gainera, gai honen soluzioa azken batean denborak ekarriko duela eta batez ere zuek. "Zuek" esaten dudanean, ez dut esaten hemen zaudeten ikasle talde honek bakarrik; esan nahi dut, ordea, gizarte alorreko teknikariek duzuela soluzioa, zeren terminologoen eta itzultzaileen esku ez dago gauza hauek uzterik, guk ez bait dugu ezagutzen benetan alor hori eta askotan ez dugu jakiten, adibide berriak ez aipatzeko, lehen komentatzen genituen termino horietatik: "minusvalido", "invalido", "imposibilitado", "incapacitado", "disminuido" ..., zein diren pertinenteak, beharrezkoak eta zein ez. Hori oso zaila da guretzat, hori lanean ari den teknikoak baloratu behar du.

ZENBAIT OHAR GRAMATIKA ETA ESTILOARI BURUZ

Hitzak aipatzen ari gara baina askotan euskararen morfologian eta sintaxian ere horrelakoak gertatzen dira. Adibidez, erdaraz oso ohituak gaude ikusten "la problemática de la mujer" edo "servicio de asistencia a la mujer". "La mujer" hitzak erdaraz, horrela esanda, adierazi dezake persona, norbanakoa, indibidua, baina badu, baita ere, zentzu generiko bat eta hor sartzen ditu emakume guztiak. Euskaraz, gehiegi pentsatu gabe erabili izan dugu, "emakumearen problematika", "emakumearen laguntzarako" edo "emakumea laguntzeko zerbitzuak" eta horrelakoak. Beno, nik hori kuestionatu egiten dut eta pentsatzen dut euskarak baduela beste baliopide bat eta euskarak bereizi egiten duela edo berezi dezakeela pertsona konkretua eta multzoa, kolektiboa. Euskaraz normalean "emakumea" esaten dugunean pertsona bati buruz ari gara eta "emakumezkoa" esaten denean ari gara generoa edo kolektiboa aipatzen eta behar bada "emakumearen laguntzarako zerbitzua" baino egokiago egongo litzateke "emakumezkoaren laguntzarako zerbitzua" eta igual euskal senari begira hobeto egongo litzateke horrela. Nik planteatzen dut kezka eta zalantza bezala baina

horrelako detaile pila bat daude, ehundaka, egunero-egunero azaltzen zaizkigunak. Ez gara konturatzen eta ari gara euskara nolabait "erdaldun" bat sortzen, erdararen mendeko euskara bat sortzen. Beste kasu bat, "los derechos dei niño" aipatzen direnean; singular horrekin espainolaktadizio handia dauka adierazteko ume guztien kolektiboa, baina euskaraz tradizio hori ez dago eta igual egokiago litzateke "umearen eskubideak" esan baino (zere "umearen" euskaraz bat bakarra da) "umeen eskubideak" esatea; nahiz erdaraz singularra erabili, euskaraz, zergatik ez, plurala erabili, ez da? Horrelako gauza eta fenomeno pila bat gertatzen dira.

Hau, terminologiari buruz, baina sintaxiari eta estiloari buruz ere badago zer esana.

Sintaxiaren alorra ere oso inportantea da. Testuak ez dira egiten hitzekin bakarrik, baizik eta hitz horiek josi egin behar dira, lotu egin behar dira, bata bestearen ondotik jarri, esaldiak egin, parrafoak egin eta horrela sortzen da testua. Eta sintaxiari dagokionez nik esango nizuke, gizarte ongizatearen alorrean — nahiz eta alor berria izan eta, beraz, urrezko oportunitate bat izan, hizkera hori oso pixua ez egiteko— nere ustez gertatzen ari dela hizkuntza administratiboan orokorrean gertatu diren bizioak eta akatsak erepikatzen ari dela. Hizkera administratiboaren ezaugarriak txarrenak ari dira nolabait pasatzen gizarte ongizatearen alorreko testugintzara eta hizkuntzara. Zein dira ezaugarri txar horiek? Bada, esaldi luzeak egitea esate baterako, menpekotasuna, menpeko esaldiak behin eta berriz egin beharra, aipamen eta zitazio legalak, erretorikoak, lehentasunezko lekuetan jartzea behin eta berriz, etab.

Diskurtsoaren gaia, gai inportanteena, batzuetan nola izkutatzen den ondo ikusteko adibide batzuk ekarri dizkizuet. Batzuk ez dira gizarte ongizatearen alorreko adibideak baina adibide batzuk dira, adibide orokor batzuk, hizkuntza administratiboak lehen aipatzen nituen ezaugarri horiek nola dituen ikusteko. Ez dira bila apropos ibilitako eta lortutako adibideak; nolabait dira edozein boletin, edozein testu administratibo hartu eta topa ditzakegunak. Esate baterako, orain dela gutxi argitaratu zen deialdi bat Gipuzkoako Aldizkari Ofizialean eta esaten zuten:

"Convocatoria Concurso publico para contratar las prestaciones referidas a la

administracion respecto a terceros, en relacion con determinados bienes inmuebles pertenecientes a la Excelentisima Diputacion Foral de Guipuzcoa".

Nik galdetzen badizuet zuei zer esan nahi duen honek, ez dakit norbaitek eran-tzungo lidakeen zuzen. Nik behintzat, ez nuen asmatu zer zen. Irakurri behar izan nuen deialdi osoa jabetzeko zer esan nahi zuen honek. Ez dizuet irakurriko euskarazko itzulpena zeren oraindik ere zaila da ulertzen.

Beno, beste adibide bat badaukat eta hau Diputazio barruko bi teknikarien arteko eskutitz bat da. Eskutitz honek 6 bat lerro dauzka, eta 6 bat lerrotan nik ez dakit horren gauza zailak eta ilunak idazteko lekua ere dagoen, apropos jarrita ere. Baina begira ezazue zer idazten duen pertsona honek:

"En relacion con el FAX por Vd. enviado el 6 de Octubre pasado por el que me remite copia dei escrito dirigido por el Director General de Hacienda al de Presidencia y en conformidad con mi escrito dei 9 de Octubre, le adjunto la presente copia del Informe elaborado por este CPD ya enviado a la mesa de contratacion respecto a los materiales informaticos a adquirir de acuerdo con el procedimiento habitual".

Beno bada, 6 lerrotan aipatzen ditu hemen 5 dokumentu diferente eta gainera zertaz zen dokumentu bakoitza suposatu egin behar da. Ez da oso normala gauzak horrela idaztea. Bost dokumentu diferente aipatu eta batean bakarrik esaten du zer den dokumentu hau.

Beste anekdota bat komentatuko dizuet. Euskal parlamenturako azkeneko hauteskundeetan, gertatu zen, kanpainaren hasieran, Arrasateko Udaleko PSOEko kontzejaleek salaketa bat aurkeztu ziotela Arartekoari, eta salaketa horretan PSOEko zinegotziek ezaten zioten Arartekoari, udalean normaltaxunez parte hartzeko zuten hiskuntz problema hori konpontzeko, zeren gertatzen ari zela, Udalak diskriminatu egiten zituela eta Udalak ez zituela bere obligazioak betetzen elebitasunarekin eta hizkuntz eskubideekin. Eta zergatik hori? Nonbait, Udaleko batzarretan ez zuten aldibereko itzulpen sistema jartzen eta erabiltzen zituzten bestelako prozedimenduak: esan osteko itzulpenak, etab. Ez dakit nola moldatzen ziren baina aldibereko itzulpen sistema eskatzen zuten zinegotzi hauek eta Udalak ez zuen jartzen. Beraz

egin zioten salaketa bat Arartekoari eta eskatu zioten berak erabakitzeko gai hori. Eta handik egun batzutura, berriz, Arrasateko Udalak, Alkateak konkretuki, prentsaurrekoa eman zuen. Eta prentsari esan zion: hara! zinegotzi talde honek Arartekoari bidalitako salaketak erantzuna izan du eta esaten zaigu, Udalak bere betebeharrak bete dituela eta ez duela inkunplimendurik egin eta errugabea dela. Jakina, prentsaurreko honek ere bere eragina izan zuen berriz ere komunikabideetan.

Kontua da handik egun batzutura atera zela berriz ere notizia bat esten zuena: "La alcaldfa de Mondragon confundio una carta dei Ararteko con la queja sobre el bilinguismo". Eskutitz horrek esaten zuena irakurri egingo dizuet, oso motza da eta. Hauxe da Arartekoak Udalera bidalitako eskutitz:

"Examinada la informacion contenida en dicho escrito, en referencia a carta anterior y como el que formula la queja no presenta prueba documentada alguna al respecto, aceptamos la version dei Ayuntamiento y esta institucion no encuentra falta alguna en lo relativo a la Administracion. Por tanto cerramos el expediente".

Zer gertatu zen? Bada konturatzen bazarate, Arartekoak Udalari egindako eskutitzean ez ziola gaia aipatzen. Beno, Alkateak, oraindik kanpainan, ikusita eskutitz hau zera pentsatu zuen: "Hau duk nirea". "Argitu beharko dugu gure obligazioak betetzen ari garela eta ez dutela arrazoa". Zer gertatzen zen? Eskutitz honetan ez zen aipatzen zertaz zihoan auzia, eta ez zihoan elebitasunaren auziari buruz, kalean izandako istripu batetaz baizik. Arrasaten, emakume bat oinez zihoala, emakume edo gizon bat, ez naiz gogoratzen, oinez zihoala, eta Udalak egindako obra baten ondorioz, itxi gabe utzitako zulo batean erori egin zen, mina hartu eta salaketa aurkeztu zuen. Eta horretaz zen Arartekoaren eskutitza, baina nola ez zuen esaten, Udalak gori-gori eta bero-bero zegoen beste gaiaz ari zela interpretatu zuen, elebitasunari buruzko eskutitza zela. Prentsaurrekoa eman eta, handik egun batzutura, ordea, Arartekoak seguru asko Arrasateko Alkateak emandako prentsaurrekoaren berri izan zuenean, behar bada esan zuen: -Baina nondik arrario atera du honek hau? Ez diogu oraindik erantzun ere egin eta. Erantzun bai, noski, erantzun zioten Udalari baina beste gauza bati bu-

ruz, ordea. Eta Udala gaiaz nahastu zen, harritzekoa ez den bezala.

Beno, bada horrelakoak gertatzen dira administrazioan eta neri iduritzen zait, hizkuntza administratiboaren zabartasun hau gizarte ongizate alorrera ere pasatzen ari dela. Adibide batzuk ikusiko ditugu. Hauek ere aurtengoak dira. Diputazioak baditu laguntza plan batzuk problematika sozialari buruzkoak eta, adibidez, bi plan horietako gaia edo xedea, zer den irakurrita (erdaraz irakurriko dugu) ikusten da zer zaila den ulertzen esan nahi dutena. Beno, hau lehendabizi euskaraz irakurriko dut eta gero erdaraz. Hara plan horietako baten gaia; lehenengo puntua da, eta, bezaz inportanteena:

"Laguntzak subentzio konzeptuan emango dira babesik gabeko emakume baliogutxitu eta talde baztertuen gizarte txertatzeari buruzko elkartzearen, sustapen eta garapen, heziketa eta mentalizatzeari laguntzeko, salbuetsiz, nola nahi ere, laguntzako ekintza zuzena".

Hau irakurrita euskaraz, zalantza handiak dauzkat ulertu litekeenik zertaz zihuan. Behar bada, honetan ari den tekniko batek asmatuko du, badakielako, ezagutzen duelako kontestua. Baina herritar batek ez du ulertzen. Erdaraz hone-la esaten du:

"Las ayudas se otorgaran en concepto de subvencion para contribuir al fomento y desarrollo de la accion asociativa de formacion y mentalizacion, referidas a la integracion social de mujeres en situacion de desproteccion, personas con minusvalfas y grupos marginados, con exclusion, en todo caso, de la accion asistencial directa".

Nik duda egiten dut hori benetan ondo adierazia dagoen.

Beste deialdi bat aurkeztuko dizuet:

"Concepto: Ayudas individuales para la adquisicion de determinados utiles y la realizacion de determinadas acciones que no se encuentren cubiertas por otros sistemas de subvencion desde este Departamento o no son asumidas por otros organismos publicos, y cuya finalidad es favorecer la integracion social de los minusvalidos".

Hemen, zer esaten ari da?, zertaz ari da? Elbarrientzako etxeak egiteaz, eragozpen urbanistikoak ezabatzeaz, bidaia kul-

turalak antolatzeaz edo zertaz? Oso zaila da asmatzea zertaz ari den, ez da?

Beno, adibide hauek ekarri ditut ikusteko nere ustez gertatzen ari den fenomeno larri bat eta hanxe da: euskal testugintza eta euskal hizkera alor administratibo berri batean, gizarte ongizate alorrean, sortzen hasteko aukera paregabea alperrik galtzen ari garela eta hizkuntza administratiboak izan nahi dituen bizio eta akats guztiakin kutsatzen ari garela. Bukatzeko, eta esan nahi nuenari buruzko ariketa edo adibide modura ekarri dizuet testu bat. Ez da egiazko testua, baina egiazko idatzi baten egitura bera du, adibide erreale nabarmenegia zelako apropos aldatu dut eta. Hor azaltzen da erdarazko testu bat goian, bihar bertan Diputaziotik behar bada edozein etxetan jaso daiteken testua.

Esaten du:

"Por la presente, de acuerdo con lo dispuesto en la Orden Foral 1.345/1990 de 1 de Junio, por la que se aprueban las bases para la concesion de ayudas a familias con menores a su cargo y analizada su solicitud de fecha 10/10/90, le comunico la concesion, por parte de este Departamento de Salud y Bienestar Social, de una prestacion economica con cargo a dicho programa.

El importe de la prestacion, en concepto de ayuda por asistencia a guarderfa es de 120.000 pts. para este ejercicio, a abonar, previa presentacion de la documentacion correspondiente, mensualmente a la razon de 10.000 pts. al mes".

Nik hemen azpimarratu nahi nuke gauza bat. Badakit hau klaseetan landu duzuela, Jonekin landu duzuela, baina inportantea da azpimarratzea. Hizkuntza egiten da komunikatzeko eta edozein testu komunikazio ekintza bat da. Oso inportantea da testu bat egiten denean kontuan hartzea mezua zein den baina baita ere hartzailea zein den. Ez da berdin idaztea abokatu bati edo idaztea pertsona normal eta arrunt bati, eta gainera bada-kizue, nik baino hobeto jakingo duzue, gizarte problematika oso lotua dagoela normalean kultur problematikarekin. Hori nik uste dut oso nabarmena dela. Nola izaten den, normalean, baliapide ekonomiko gutxiena duena, problematika familiar eta sozial handiena duena, kultura gutxiko jendea. Beno bada, hori gogoan hartuta nere ustez ahalegin berezi bat egin behar-ko litzateke honelako testuak beste era

batera idazten eta esplikatzeko. Zergatik? Jendeari, hartzaileari ahalik eta erreztasunik handiena eman behar zaiolako testu horiek uler ditzan. Nik ondoren jarri dizkizuet bi itzulpen adibide orri horretan bertan. Nik esango nuke bi itzulpenak, ondorengo bi itzulpenak "zuzenak" direla, beno konkretuki lehenbiziko itzulpena, inork ezin dezakeela gaizki dagoenik esan. Testu hori zuzena da, zuzen dago, euskara egokian idatzia dago, nekez esan daiteke testu hori gaizki dagoenik eta konparatu ezkerreko jatorrizko testuarekin esan beharko genuke oso itzulpen zuzena dela, neronek ez nuke hobeto asmatuko eta behar bada hala da. Baina zer gertatzen da? Bada, hasi gaituz erdarazko testuak zituen akats guztiak euskarara pasatzen eta erdal testuak zuen iluntasuna berdintzen edo behar bada areagotzen euskarazko testuan. Euskarazko lehenbiziko testuak esaten du:

"Honen bitartez bere kargura adin gutxiko seme-alabak dituzten familientzako laguntzak emateko oinarriak onartzen dituen ekainaren 1eko 1.345/1990 Foru Aginduan xedatutakoaren arabera eta 90/10/10eko zure eskaera azterturik, jakin erazten dizut Osasun eta Gizarte Ongizate Departamendu honek prestazio ekonomiko ematea erabaki duela programa horren kargura.

Prestazioaren zenbatekoa, Haurtzaindegira joateko laguntza gisa, 120.000 pezetakoa da ekitaldi honetarako, ordainketa hileroko 10.000 pezetara pagatuz egingo delarik dagokion dokumentazioa aurkeztu ondoren"

Zer gertatzen da? Hartzailea hasten da hau irakurtzen eta ikusten du lehenbizi "honen bitartez" zerbait esan nahi zaiola. Ondoren, badaki plan baten helburua zein den, beren kargura adin gutxiko seme-alabak dituzten familientzako laguntza ematea. Gero daki, baita ere, oinarri horiek onartzen dituen agindua zein den. Pentsa ezazue, ekainaren 1ekoa da, hori badaki, zein zenbaki eta guzti daukan ere badaki: 1.345/1990. Gero esaten diote bere lehenengo idatzi bati buruz dihoala idatzi hau: "1990eko 10aren 10eko zure eskaera azterturik jakin arazten dizut". Eta hementze dator "zer", gaia, laguntza; baina parrafo osoa pasa du ordurako eta ez da parrafo erraza. "Osasun eta Gizarte Ongizate Departamentu honek...", beraz Departamentua da protagonista, "prestazio ekonomiko bat ematea erabaki duela programa honen kargura", eta esaten du

"prestazio ekonomiko bat ematea" ez du esaten "zuri ematea", "erabaki duela programaren kargura". Beraz, pentsa ezazue zer informazio pila eman dioten benetan esan beharrekoa edo berari interesatzen zitzaiona esan baino lehen. Erdaraz ere begira ezazue nola jarrita dagoen benetan gaia dena: "Le comunico la concesion por parte de este Departamento de Salud y Bienestar Social de una prestacion economica con cargo a dicho programa". Baina ez diote esaten: "Le comunico que le ha sido a VD. concedida una...". Ez zaio zuzen esaten hori eta euskarazko itzulpenak ere berdin egiten du. Informazio hori guztia eman ondoren esaten zaio laguntza zenbatekoa den, zer posibilitate dituen kobratzeko, etabar.

Beno, lehenengo itzulpen hau, itzulpen estandar bat da, ez da itzulpen garbizalea, ez da itzulpen teknizistegia ere, baina oso itzulpen segidista da, oso itzulpen zuzena da baina segidista eta ez du baxterre hobetzen erdarazko testua, ez du laguntzen testua uler dadin.

Bigarren itzulpenean berriz, gure us-tez honelako testuen soluzioa edo soluzioaren bidea esan litekeena planteatzen dizuet. Ez dut esaten perfektu denik, ezta ona denik ere, baina behar bada aurrekoa baino hobea da, nahiz eta heterodoxo xamarra izan. Zergatik? Zeren konturatzen baldin bazarate ez ditu 2 parrafo 3 baizik. Beraz ikusten da hor testuaren estruktura bera ere kuestionatu egiten dela. Testu honek esaten du:

"Honen bitartez jakin arazten dizut, zuri laguntza bat ematea erabaki duela Osasun eta Gizarte Ongizate Departamentuak.

Dirulaguntza hau seme/alaba haurtzaindegira joateko ematen zaizu eta 120.000 pezetakoa izango da aurtengorako. Hortaz, hileroko 10.000 pezetara ordainduko zaizkizu dagokion dokumentazioa zuk aurkeztu ondoren.

Dirulaguntza 1990/10a/ IOean aurkeztu zenuen eskaera aztertu ondoren eman zaizu, ekainaren 1eko 1.345/1990 Foru Aginduaren arabera, honek onartu bait zituen adin gutxiko seme-alabak beren kargura dituzten familiei laguntzeko oinarriak".

Zer egin da honekin? Beno, bada administrazioak pentsatu du: nik idatzi behar diot lehen eskaera hau egin zigun pertsonari esanez laguntza eman zaiola

eta zenbatekoa den eta esan behar diot, inportantea da, nork eman dion, zergatik ematen dion, ez diola ematen kapritxo, laguntza ematen diola aurau jakin bazuengatik, etabar. Informazio hori guztia ematen dio baina beste era batera. Esaten dio lehenbizi baiezkoa, "Honen bitartzen jakin arazten dizut, zuri diru laguntza bat ematea erabaki duela Osasun eta Gizarte Ongizate Departamenduak". Beraz lehenengo parrafoan badaki baiezkoa etorri zaiola, pentsatu behar da gainera normalean ez horrek eta ez beste inork ez duela komunikaziorik izaten egunero Administrazioarekin. Beraz, eskutitza jasotzen duenean eta Departamendu horretatik datorrela jakiten duenean, gutxi gorabehera badaki zertaz etor daiteken, badaki ez dela bizilagun baten eskutitza, badaki gutxi-gorabehera zertaz doan. Lehenengo parrafoan esaten da gaia: "laguntza eman zaitzu", hori inportantea da, inkusio begira ezazue ez duela jartzen: "Honen bitartez jakin arazten dizut Osasun eta Gizarte Departamendu honek erabaki duela zuri dirulaguntza bat ematea" eta pentsa hori ere oso egoki egongo litzatekeela baina benetako mezua eta gaia atzerago gertatuko litzateke, orduan egiten du ahalik eta gehien aurreratu.

Bigarren parrafo batean esaten digu "Dirulaguntza hau semea edo alaba..." ohartu zaitezte, semea edo alaba goiko bi testuetan ez direla agertzen, erdarazkoak esaten zuen "en concepto, de ayuda para asistir a la guarden'a" Pentsatu behar dugu eskutitza hartzen duenak pentsako duela ez dela bera haurtzaindegira joateko, bere semea edo alaba joateko baizik. Baina nik uste dut ez dagoela gaizki esatea "zure semea edo alaba haurtzaindegira joateko", ez baita aipatu aurrekoan. Lehen esaten genuen, hemen garbi dagoela, haurtzaindegira joateko laguntza baldi bada seme-alabentzako izango dela, baina pentsa ezazue halako gauzak ebiltuz eta datoak ez emanez zer gertatu litekeen, Arartekoaren eta Arrasateko Udalaren arteko iskanbila bezalakoan. Segitzen dut: "Diru laguntza hau semea edo alaba haurtzaindegira joateko ematen zaitzu eta 120.000 pezetakoa izango da aurtengorako. Hortaz, hileroko 10.000 pezeta ordainduko zaizkizu dagokion dokumentazioa zuk aurkeztu ondoren". Ohartzen bazarate, parrafo honetan ez dago menpeko esaldirik ere, perpaus kopulatiboak daude, koordinatuak, puntu bat ere sartzen da, esaldiak desberdintzeko, etabar. Eta batere lotsarik gabe egiten dira kontu horiek eta parrafo honi ez zaio ezer pasatzen horre-

gatik. Beraz, lehenbizi laguntza baten zai zegoela, hori da lehen esaten zaiona. Bigarrenik, zertarako eta zenbat esaten zaio eta nola kobratuko duen.

Eta azkenik pentsa azazue hirugarren parrafoarako zer utzi den, jatorrizko testuan, erdarazkoan, eta lehenbiziko itzulpenean, lehenbizi adierazten zen guztia hain zuzen. Hartzaileari hori behar bada inportatzaio baina ez hainbeste. Informazio gehigarri hori azkenerako utzita ematen diozu informazio hori baina ez diozu ulergarri egiten testua, eta azkenengo parrafoan, beraz, etorriko litzateke: "Diru laguntza 1990ko 10aren 10ean, aurkeztu zenuen eskaera aztertu ondoren eman zaitzu ekainaren 1eko 1.345/1990 Foru Aginduaren arabera, honek onartu bait zituen adin gutxiko seme-alabak beren kargura dituzten familiei laguntzeko oinarriak". Inkusio, Foru Agindua bera aipatzeko modua diferentea da, lehenbiziko bi testuetan aurretik, beno erdarazkoan "Orden Foral 1.345/1990 de 1 de Junio ..." esaten zen. Bigarren itzulpenean berriz alderantziz, zertaz doan esaten da aurretik eta gero aipatzen da legearen izena, izen propioa edo esango genukeen hori, hemen esaten da: "...Ekainaren 1eko 1.345/1990 Foru Aginduaren arabera honek onartzen bait ditu...". Hola esanda, egoki esanda dago.

Beno, hau adibide bat da; nere ustez milaka daude honelakoak. Euskarazko testuak egiten direnean erdararen eta administrazioeko erdal hizkeraren moldeak eta joerak hausten, zeren euskara oso hizkuntza diferentea da gaztelarekin, sintaxiak eta estiloak gauza asko esan nahi dute testu baten ulermenean eta batez ere kontuan hartu behar dugu alor honetan normalean mezu hartzailea, interesatua edo afektatua, kultur-maila apaleko pertsona dela eta hartaz pentsatzen egin behar direla testuak. Hizkuntza, azken batean, komunikatzeko erabili behar bait da.

SOLUZIO BAT: DATOZEIM URTEOTAN GIZARTE LANGILEAK EUSKARAZ LAIM EGITEA

Leñen, hasieran, esaten nizuen eta bukatzeko esango nizueke, itzultzaileak normalean honelako lizentziak (zeren hemen lizentzia bat dago bigarren itzulpen honetan) gutxitan hartu ditzakegula, zeren honek eskatzen digu batetik, gaia oso ondo ezagutzea. Behar da gaia menderatu, laguntzak emateko erizpideak eta tes-

tuingurua zehatz mehatz jakin, ebitatzeko hanka sartzea zeren bide hau arriskutsua goa da. Normalean ezagutu behar da baita ere jatorrizko idatzia egin duena nor den, baloratzeko berarentzako ezinbestekoa den ordenak eta, mantentzea, parrafoak eta, mantentzea edo ez den beharrezkoa. Jakina, problematika guzti hori ezagutzea, ordea, batzutan zaila izaten da. Zaila izaten zaigu itzultzaileei kanpoan gaudelako. Beraz soluzioa zein da? Bada soluzioa azken batean da, kezka honetaz jabetuaz gizate ongizatearen alorrerako datozen urteotarako hezitzen eta prestatzen ari zireten teknikari berriak euskaraz aritzea. Testugintza jatorriz euskaraz egingo balitz, ni seguru nago horrelako parrafoak ez liratekeela aterako eta euskaraz pentsatutako testu bat ez litzateke hasiko, seguru gainera honela: "Honen bitartez, beren kargura adin gutxiko seme-alabak dituzten familientzako laguntzak emateko..." zeren badakizue diskursoaren gaia oso atzera datorrela. Seguru asko euskaraz pentsatutako testu hau gertuago egongo litzateke bigarren itzulpenetik lehenengo itzulpenetik baino.

LABURBILDUZ

Benoa, nik hauxe nuen zuei esateko. Ez dakit zer iruditu zaizuen, ados zaudeten ala ez, problematika hori ikusten duzuen ala ez. Nere erreferentziak izan dira gehien bat itzulpenari begira, idatzizko itzulpenari begira, baina nik uste dut kezka horrek balio duela oroar alor honetan egiten den lan osorako, bai ahozko lanerako eta baita idatzizko lanerako, itzulpena izan edo ez.

Esan behar dizuet ez naizela erruak beste inori botatzera etorri. Adibide gehienak nere ingurukoak izan direla, nere erakundekoak eta, beraz, alde honetatik autokritika bat ere egin behar dugula. Nik uste dut orain komentatu ditugun kezka hauek azkeneko urte hauetan sortu direla, orain jabetzen ari garela azken 10 urte hauetako euskal testugintza administrati- boan bizio eta akats asko daudela.

Joseba Erkizia

UNAS REFLEXIONES EN TORNO AL EMPRESARIO Y LA INTEGRACION LABORAL DEL DEFICIENTE MENTAL

INTRODUCCION

En este artículo pretendemos presentar algunas opiniones y reflexiones que sirvan para aproximarnos al tema de la integración laboral del deficiente mental en la empresa ordinaria.

Podemos decir que en un proceso dinámico de cambio social en ideas y valores, la existencia del deficiente mental ha superado épocas previas en que dicha existencia era "tratada" desde una vivencia social estigmatizadora, con la pura y simple reclusión, bien domiciliaria bien manicomial pero en la mayoría de los casos de por vida y que traduciría de forma elocuente y muy significativa el rechazo que la sociedad manifiesta hacia ese ser distinto.

En estos momentos el deficiente mental es un ser aceptado socialmente, su existencia ya no constituye una presencia estigmatizadora, se le ofrecen apoyos, recursos, subvenciones, actividades laborales, opciones de ocupación de tiempo libre, de viviendas, servicios sanitarios y de apoyo familiar. Recursos amplios, variados y que pretenden ser completos abarcando la globalidad de la problemática del deficiente mental, pero que en sí mismos se constituyen en elementos desintegradores de éste en tanto

que al ser diseñados para sus recursos, le alejan de un modo pericircundante, en el cual se sitúa, se le sitúa mejor dicho, de forma tangencial.

Enfrentada a esta actitud exclusivamente benefactora, cada vez más autores, consideran que la política general debe orientarse a crear y favorecer espacios de plena integración en el mundo real en que desarrolla su vida el deficiente mental, superando así la relación directa establecida entre minusvalía y marginación. En esta orientación, la integración en el mundo laboral ordinario se constituye en uno de los grandes objetivos al que debemos enfrentarnos.

Por último, decir que el artículo más que definirse en todos los aspectos que configuran la integración laboral, aporta algunas ideas y opiniones que los empresarios tienen acerca de la incorporación de los deficientes en un puesto de trabajo ordinario.

PUNTO DE PARTIDA

Las reflexiones y conclusiones a las que llegamos han sido elaboradas a partir de la información recogida en las empresas.

Teniendo en cuenta que los datos para este artículo han sido obtenidos de 37 empresas ubicadas en Vizcaya, pensamos que dichos datos no son totalmente significativos de la realidad actual. Nada más ajeno a nuestra voluntad que pretender considerarlo como una investigación sociológica rigurosa, tan sólo hemos estimado interesante recoger esos puntos de vista con el fin de llegar a "captar" cual puede ser la receptividad empresarial hacia planes de formación-integración de los deficientes mentales en un puesto de trabajo normalizado.

METODOLOGIA

Nos planteamos la necesidad de elaborar un cuestionario adecuado al tipo de información que deseamos recoger. Hemos de señalar que, si bien buena parte del cuestionario es original, también parte se ha inspirado en varias encuestas que obraban a nuestro alcance, llegando a tomar algunos items en su forma original. En este cuestionario elaborado por P. Ibañez, así como los utilizados en la investigación que Silbert Foss y Susan L. Peterson (1981) realizaron sobre las áreas de conducta socio-interpersonales que se consideraban más relevantes para que un deficiente tuviera éxito en el trabajo.

Una vez elaborado el precuestionario, se administró a dos empresas con el fin de seleccionar y corregir los Items que plantearan dificultades. Esta encuesta, si bien está lejos de ser perfecta, nos ha dado resultados muy satisfactorios ya que no plantea problemas de realización.

Los cuestionarios fueron cumplimentados mediante entrevistas por los responsables de las empresas que ostentaban cargos de director y/o gerente, jefe de personal, responsable del departamento de recursos humanos, o la persona que más se aproximara a esas funciones.

POBLACION A LA QUE SE DIRIGE

Las empresas se clasificaron según el número de empleados de la siguiente manera:

De 0 a 25 empleados..... 17 cuestionarios
De 25 a 100 empleados..... 9 cuestionarios
Más de 100 empleados..... 12 cuestionarios

Las empresas sondeadas pertenecen a los siguientes sectores laborales:

- Sector industrial: Artes Gráficas, Construcción, Siderometalúrgica, Talleres Mecánicos, Formación de Material Eléctrico, Alimentación, Industria de la Madera, Confección.

- Sector Servicios: Comercio al por Mayor, Supermercados, Cosmética, Comercio de Muebles, Lavandería, Transporte, Hostelería, Restaurantes, Administraciones Públicas, Servicios Personales (Mensajerías y Comunidad de Vecinos).

Descripción

El cuestionario consta de un total de 12 preguntas para averiguar si los empresarios tienen conocimiento sobre la deficiencia mental, así como de los talleres protegidos. A continuación se pretende conocer, si los empresarios están dispuestos a integrar a los deficientes en una empresa y en que condiciones. Y finalmente, indagar acerca de cuales son las conductas que los sujetos encuestados valoran como más relevantes en un trabajador para desarrollar con éxito un trabajo.

Datos obtenidos

1- ¿Conoce Ud. a alguna persona con discapacidades intelectuales?

El 70,3% de los sujetos encuestados responde que sí ha tratado a un deficiente mental; y el 29,7% que no conoce, pero ha oído hablar de ellos.

2- ¿Hay algún deficiente mental en su círculo familiar?

El 94,6% de los empresarios manifiestan que no hay ningún deficiente en su círculo familiar y sólo un 5,4% responde que sí.

3- ¿Conoce la existencia de la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) Ley 13/82 del 7 de abril?

Un 43,3% dicen no conocer la existencia de la L.I.S.M.I. El 32,4% sabe algo sobre ella y un 24,3% dicen que sí la conocen.

4- ¿Conoce el sistema de trabajo en los talleres protegidos para deficientes mentales?

Se puede observar que el 24,3% de la muestra encuestada conoce el sistema de trabajo de los talleres protegidos, frente a un 48,6% que dice saber algo sobre ello y un 27,1% que no los conoce.

5- Cuando el deficiente ha demostrado una capacidad adecuada para las exigencias de un puesto de trabajo, ¿cree posible su incorporación en la empresa ordinaria?

El 64,9% dice que sí completamente. Mientras que un 32,4% dice que sí en determinadas circunstancias, tan sólo un 2,7% dice que no.

6- Partiendo de que en toda empresa existen puestos de trabajo de distinta cualificación ¿cree que en su empresa hay alguno que pudiera ser desempeñado por un deficiente?

De la muestra encuestada el 56,7% respondieron que sí creen que en su empresa haya puestos de trabajo que puedan ser realizados por un deficiente. El 35,2% dice que no y el 8,1% no saben/no contestan.

De aquellas empresas que constataron afirmativamente, enumeramos en orden de preferencia los trabajos más puntuados

- Limpiar
- Empaquetar
- Almacenar
- Conserjería
- Etiquetar
- Lijar
- Encolar
- Peón no especialista

7- ¿Conoce las subvenciones económicas que otorgan las instituciones públicas por contratar a un deficiente en su empresa?

Las conoce un 21,6% de los encuestados. No las conoce con exactitud el 27,1%. Y el 48,6% lo desconoce, un 2,7% no sabe/no contesta.

8- Enumere los principales problemas que Ud. cree que pueden surgir con la incorporación de un deficiente mental en su empresa.

Algunos sujetos encuestados han citado más de un problema de acuerdo con la importancia que les conceden; por lo cual no vamos a presentar el porcentaje

de las respuestas, sino que vamos a enumerar los problemas que por obtener mayor puntuación han resultado ser los más significativos para la empresa.

- Que no hay aceptación del deficiente.
- Que no tenga la suficiente conciencia de peligro.
- Que no sea capaz de desarrollar un trabajo especializado.
- No rendir lo preciso en el trabajo.
- Falta de aceptación a la normativa de la empresa.

9- En su opinión, ¿cuáles son las conductas que Ud. valora, en todo trabajador, como más relevantes para desempeñar un puesto de trabajo en su empresa?

Las conductas más valoradas, siguiendo un orden de preferencia son las siguientes:

- Tener responsabilidad con el trabajo, sin necesidad de ser supervisado.
- Rendir según lo establecido.
- Seguir las instrucciones del encargado.
- Abstenerse de mostrar una conducta extraña o irritante.
- Formación adecuada.

10- Ahora que estamos centrados en su empresa, ¿Estaría Ud. dispuesto a incorporar al deficiente mental en ella, aunque sólo sea de forma temporal?

El 29,7% dice que sí integraría a un deficiente en su empresa, y un 51,3% responde que no, el 19% no sabe/no contesta.

11- Si le ofrecen a Ud. un programa de apoyo y seguimiento llevado a cabo por un profesional, su actitud sería más favorable para poner en marcha la experiencia de incorporar un deficiente mental en su empresa?

Cuando al encuestado se le ofrece un programa de apoyo y seguimiento, el 40,6% contesta que sí a la integración frente a un 43,2% que dice que no. El 13,5% dice que depende de la formación instruida, del grado de deficiencia, del tipo de supervisión. Y por último, el 2,7% no sabe/no contesta.

12- En caso de que tenga o haya tenido trabajando a un deficiente

mental en su empresa. ¿Qué problemas apuntaría Ud. como más relevantes?

Un 8% tuvo un deficiente mental integrado en su empresa, los problemas enumerados:

- Ritmo de trabajo más lento.
- Problemas en la interacción con los compañeros (no aceptación).
- Inasistencia frecuente.

Conclusiones

En primer lugar quisiéramos destacar el alto nivel de conocimiento de la existencia real de los minusválidos psíquicos. Así, aunque solamente el 5% de los consultados manifiestan tener una persona con discapacidad intelectual en su círculo familiar, la totalidad de la muestra manifiesta conocerlos, bien por haberlos tratado (70%), bien por haber oído hablar de ellos (el resto). Nos damos cuenta que, dadas las características del cuestionario, no podemos clasificar la "calidad" real de este conocimiento especialmente de ese grupo del 70% que, manifestando haber llegado a tratarlos, no sabemos si a uno o varios y con qué intensidad o si, el total de la muestra, llegan a discriminar entre los diversos grados de deficiencia mental.

Sin embargo este conocimiento de la existencia del deficiente mental en la sociedad no se corresponde con las posibilidades de integración y capacitación laboral del deficiente mental.

Así, el 43% no sabe de la existencia de la L.I.S.M.I., ley con casi 10 años de antigüedad y cuya divulgación, por lo menos, en el medio laboral se nos antoja como mínimo pobre, imposibilitándose así el desarrollo de los aspectos de integración laboral que dicha ley contempla, no olvidemos que el cuestionario ha sido contestado por empleadores. Empleadores, que desde una posición privilegiada en la creación y fomento de puestos de trabajo, casi el 77%, desconocen la existencia de subvenciones económicas a las que podrían optar si integraran laboralmente a un deficiente mental, situación que nos atrevemos a asegurar, no se corresponde con el conocimiento y el nivel de utilización de otro tipo de subvenciones (contratos de formación, de promoción de empleo, de reinserción de drogodependientes, etc.).

Un comentario aparte, nos sugiere el nivel de conocimiento que existe del sis-

tema de trabajo de los Talleres Protegidos. Si pensamos que la inmensa mayoría de los deficientes desarrollan su actividad laboral, incluido naturalmente su adiestramiento, en dichos Talleres Protegidos constituyéndose por tanto estos en el único escaparate de la capacidad laboral del deficiente, que el 27% de los encuestados manifiesten desconocer este sistema de trabajo y únicamente el 24% afirme conocerlo, nos parece que traduce un desconocimiento real de la capacidad y, sobre todo, de las posibilidades laborales del deficiente mental así como de los propios Talleres Protegidos que, tengámoslo en cuenta, su actividad laboral es en gran parte subsidiaria de la empresa ordinaria de la que depende a través de subcontrataciones.

A una reflexión obligan, las respuestas respecto a la integración del deficiente mental en la empresa ordinaria. Así, mientras el 97% de los encuestados consideran factible dicha integración, si el deficiente mental ha demostrado una capacidad adecuada para desarrollar dicha actividad laboral y casi el 60% informa que en su empresa habría puestos de trabajo que podrían ser ocupados por deficientes, únicamente el 30% se muestra dispuesto a integrarlos en su propia empresa, actitud que aumenta un 13% si se le ofrece un programa de apoyo y seguimiento adecuado.

Las razones que argumentan dicha actitud las podemos agrupar en:

- 1- Estigmatización del deficiente mental:
 - Que no tenga suficiente conciencia de peligro.
 - Que no tenga capacidad para desarrollar un trabajo especializado.
 - Que no se adapte a las normas del taller.
 - Que no pueda adaptarse a los cambios de trabajo.

Respuestas, que parecen, sugerir la idea que contemplaría la presencia laboral del deficiente mental en el espacio de los Talleres Protegidos y en tareas monótonas y rutinarias.

- 2- Dificultades de la propia empresa:
 - Que no haya aceptación del deficiente.

- Que haya problemas en la interacción con los compañeros.

Y que nosotros podríamos generalizar como:

- No saber - Miedo - Tratar a un deficiente mental -

En conjunto creemos que traducen una actitud que ya F. A. Koestler definía ante la "Public Affair Comité" en Nueva York:

"La persona media no duda en contribuir a causas filantrópicas que beneficien a los minusválidos, pero piensa de manera totalmente distinta cuando se le pide que acepte a una persona discapacitada como empleado o como compañero de trabajo. Compasión en lugar de equidad, caridad en lugar de oportunidades, indulgencia en lugar de responsabilidades; estas actitudes constituyen obstáculos en el camino hacia la igualdad de oportunidades".

Finalmente, respecto a las conductas valoradas como más relevantes por el empresario en el trabajador a la hora de desarrollar con éxito un trabajo son, como cabía esperar aquellas directamente relacionadas con el rendimiento laboral. Así las respuestas más repetidas han sido:

- Tener responsabilidad con el trabajo sin ser supervisado.
- Rendir según lo establecido.

Frente a conductas más relacionadas con el "ambiente" humano socio-laboral:

- Control de conductas agresivas.
- Interactuar adecuadamente con los compañeros.
- Pedir ayuda cuando sea necesario.
- Reaccionar de forma adecuada a las críticas.

Conductas, en las que sin embargo se basa la negativa a integrar en la empresa ordinaria al deficiente mental que, recordemos, nosotros agrupábamos en estigmatización del deficiente — Una persona distinta — y dificultades de la propia empresa — A la que no se como tratar —.

Debemos citar nuevamente a Koestler cuando, en el mismo informe señala: "Parece ser que el uso de cualquier sistema de cupos restringidos para personas discapacitadas, apenas influye en el empleador. Más importante son los contac-

tos con antiguos profesores o instructores laborales, así como la impresión inicial causada por los propios minusválidos".

Aún dándonos cuenta de la poca significación del dato, estadísticamente hablando, no queremos dejar de señalar que entre la muestra hemos encontrado cuatro empresas que tenían o habían tenido integrado laboralmente a un deficiente mental, apuntando los siguientes problemas:

- Uno informó de rendimiento más lento.
- Dos, problemas de relación con compañeros (el deficiente no era aceptado por el resto, se exaltaba con frecuencia).
- Uno de inasistencia frecuente.

COMENTARIO FINAL

Sin embargo, creemos posible conseguir integraciones laborales exitosas. Pero, para lograrlo, se deben establecer los mecanismos adecuados que permitan superar las múltiples dificultades que estas integraciones van a plantear y que como reflexiones finales presentamos a continuación:

1- La integración del deficiente mental en la empresa ordinaria, como desgraciadamente la de la población general, debe ser estimulada desde las Administraciones:

- Las ayudas contempladas en las leyes, son actualmente insuficientes. Creemos que todos los costos derivados de la contratación laboral de un deficiente mental tanto salariales como cotizaciones a la Seguridad Social y Hacienda, deben ser asumidos durante un periodo mínimo de seis meses, definido como periodo de prueba y adaptación al puesto laboral, íntegramente por las Instituciones a través de programas específicos de integración laboral que estimularán además contrataciones posteriores definitivas.
- Recordar, el desconocimiento de las posibilidades laborales con sus obligaciones y respon-

sabilidades del deficiente mental que sigue siendo considerado como minusválido objeto de caridad, situación que obliga a las Instituciones no solamente a ofertar ayudas adecuadas sino a fomentar imágenes positivas de las capacidades del deficiente frente a campañas que, poniendo el acento en sus minusvalías, operan de forma marginadora.

2- Dicha integración sólo es posible si se le ha dotado de recursos formativos previos.

- Es preciso establecer Módulos Específicos de Formación Profesional que, contemplando las posibilidades formativas del deficiente, preparen a éste para desarrollar trabajos específicos a los cuales pueda acoplarse con óptimo rendimiento.
- En el diseño de estos módulos debe tenerse en cuenta la demanda laboral de la empresa ordinaria y del área geográfica, evitando así formar, un excedente de puestos que luego no tendrían viabilidad práctica, por ser la oferta superior a la demanda.
- Cada integración laboral precisa de un análisis individualizado que debería incluir:

- Estudio del puesto laboral concreto, necesidades, responsabilidades, situación en el proceso laboral completo,...
- Capacidad laboral del deficiente; adiestramiento previo, posibilidad de aumentar ese adiestramiento, habilidades, supervisión...
- Relación entre profesionales encargados del deficiente y la empresa contratadora.
- Colaboración y asesoramiento con la familia.

3- Los Talleres Protegidos se deben potenciar como estructuras fundamentales en el paso previo hacia la plena integración, con

- Elementos de formación y adiestramiento.
- Elementos moduladores de hábitos y actitudes laborales.
- Escaparates perfectos de las posibilidades laborales.
- Elementos básicos de apoyo y supervisión, esenciales en la fase inicial de cualquier integración laboral.

**Yolanda González
Begoña Mata**

BIBLIOGRAFIA

C. BROWN: "Criterio de funcionalidad". Fundación Catalana del Síndrome Down. Barcelona. Milán. 1989.

GILBERT FOSS, SUSAN L. PETERSON: "Habilidades Sociales-interpersonales para tener un trabajo con adultos con retraso mental". Rev. Mental Retardation, Vol. 19-103, 1981.

P. IBANEZ: "El mundo laboral del deficiente mental" Madrid: Uned 1987.

P. VUEHMAN Y M. SHERRIL MOOIM: "Vocational rehabilitation and supported employment". Baltimore: Paul Brooke. 1988.

INFORMES O.C.D.E.: Madrid, 1986.

EN TORNO A LA ACCESIBILIDAD DEL TRANSPORTE PUBLICO EN BIZKAIA

A través de este artículo su autor reflexiona sobre las dificultades que encuentran los disminuidos bizkainos a la hora de solventar sus necesidades de desplazamiento. Tras acercarse al quantum del problema y enmarcarlo teóricamente, pasa a analizar la red de transportes existente en Bizkaia desde la doble perspectiva de su accesibilidad y adaptación, para concluir formulando una serie de directrices necesarias para superar la situación.

INTRODUCCION.

A nadie se le escapa que una de las bases de legitimación del modelo de Estado imperante en las democracias industriales avanzadas es la política social o del bienestar que desarrollan con objeto de evitar las tensiones generadas por la peculiar conformación de la estructura social que construye el Mercado. Difícilmente podría dotarse del consenso mínimo necesario para su funcionamiento y reproducción si no reconociera unos derechos sociales básicos al conjunto de sus ciudadanos y asegurara unas prestaciones mínimas a los sectores más desfavorecidos.

Pese a que el "tipo ideal" de este modelo de organización societal —el Estado del Bienestar— se encuentra inmerso en un proceso de redefinición en los países que más puramente lo construyeron, y aunque el Estado español apenas si ha llegado a ser un reflejo sombrío de éste, lo cierto es que desde la transformación

democrática de sus estructuras se han venido articulando interesantes programas asistenciales que han podido amortiguar algunos de los más graves déficits sociales existentes. Programas que, sin embargo, apenas si han logrado reducir las grandes lagunas en servicios generadas por tantos años de parálisis institucional y, en todo caso, no han podido eliminar los diferenciales existentes con los principales países desarrollados. A ello no ha sido ajeno el interés manifestado por la propia Administración de preferir una homologación con los países del entorno comunitario en las estructuras del mercado y los mecanismos de acumulación de capital a converger en servicios y prestaciones sociales.

Uno de los colectivos que más sufrieron la insolidaridad institucional en el periodo franquista y que con más déficits se presentaron ante las nuevas Administraciones es el de los disminuidos.

EL PARLAMENT DE CATALUNYA APUESTA POR LA ACCESIBILIDAD

UNA LEY CONTRA LAS BARRERAS

El Pleno del Parlament de Catalunya aprobaba a finales del año pasado la "Ley de Promoción de la Accesibilidad y de Supresión de Barreras Arquitectónicas" que tanto por la forma de elaboración y aprobación, como por su contenido no puede sino merecer vivos elogios; elogios que, por otra parte, ya han llegado de mano de la mayoría de las asociaciones de disminuidos que han aplaudido su aprobación, aunque algunas, y a la luz de otras experiencias, no dejan de ser cautas respecto de su cumplimiento.

En un orden normativo, la Ley viene a sustituir al Decreto Legislativo de Supresión de Barreras Arquitectónicas —el conocido como Decreto 100/84— que, en la práctica, se había revelado poco efectivo para el fin por el que se elaboró, y tiene de anecdótica que es la primera que en la historia del Parlament de Catalunya se aprueba por unanimidad tras haber sido elaborada previamente por consenso entre todas las fuerzas con representación parlamentaria y con el concurso añadido de las principales asociaciones de disminuidos.

Pese a que éstas han demostrado una cierta sensibilidad ante el problema,— siempre bajo la presión de los propios afectados—, todavía es más lo que queda por hacer que lo ya realizado, siendo los esfuerzos las más de las veces insuficientes y, sobre todo, desenfocados de la óptica reclamada por los propios disminuidos.

Uno de los problemas que atávicamente arrastra este colectivo es el de las trabas que a la movilidad les impone tanto la existencia de todo un conjunto de barreras —urbanísticas, arquitectónicas, de transporte y de comunicación— como las dificultades de acceso a unos medios técnicos capaces de superarlas, lo que redundará en que para miles de personas el

El objeto de la misma no es otro que, como expresa su Título Preliminar, "garantizar a las personas de movilidad reducida, o de cualquier otra limitación, la accesibilidad y utilización de todos los bienes y servicios de la sociedad", estando sometidas a la nueva Ley todas las actuaciones en materia de urbanismo, edificación, transporte y comunicación, que, a partir del momento de su promulgación, sean realizadas por entidades públicas o privadas.

En materia de supresión de barreras arquitectónicas urbanísticas, la Ley establece que todas las figuras de planeamiento deberán garantizar la accesibilidad y la utilización de los espacios de uso público, no pudiendo obtener el permiso pertinente aquellas obras que no se atengan a los criterios reglamentarios. Por su parte, las entidades locales deberán elaborar planes especiales de actuación para adaptar estos espacios a las normas de accesibilidad, debiendo establecer en sus presupuestos las partidas necesarias para su debida financiación. Esto mismo se predica respecto al Consejo Ejecutivo de la Generalitat.

medio social sea apenas accesible. Sobre este particular hay que hacer hincapié que la accesibilidad es un requisito ineludible a la hora de conseguir una verdadera "equiparación de oportunidades", —en tanto que posibilidad para las personas disminuidas de participar en todos los aspectos de la vida— y que, por tanto, difícilmente podrán tener éxito las políticas de integración que se intenten desarrollar si antes no se abolen estos condicionantes estructurales.

El término accesibilidad en este contexto nos remite al complejo de relaciones que se generan entre el individuo y su entorno, precisándose que es uno de los condicionantes de la capacidad de movilidad, esta puede verse mermada

De igual manera, la construcción, ampliación y reforma de edificios de uso público deberán realizarse teniendo en cuenta la reglamentación arquitectónica básica, estando previsto incluso el derribo de aquellos elementos que no resulten conformes a las mismas.

En cuanto a la política de promoción de viviendas para disminuidos, fija que en los programas anuales de promoción pública se deberá reservar un porcentaje no inferior al 3% del volumen total para esta demanda, debiendo los proyectos contemplar la adaptación interior de las mismas.

En relación a la accesibilidad a los medios de transporte, la Ley obliga a las administraciones públicas a elaborar un plan concreto de supresión de barreras, y, en todo caso, establece que los vehículos que a partir de ahora se adquieran tendrán que estar adaptados. Además establece que en las principales poblaciones deberá de existir al menos un vehículo especial o taxi acondicionado que cubra las necesidades de desplazamiento de las personas con movilidad reducida.

Una aportación decisiva del movimiento asociativo de disminuidos al texto aprobado, es el hecho de que se contemplan las distintas barreras de comunicación existentes en el medio.

por las limitaciones individuales o por las ambientales, pudiendo a su vez ser de tipo espacial o social. Dentro de este subgrupo nos encontraríamos con aquellos condicionantes que denominamos barreras y que básicamente pueden ser de tipo arquitectónico —urbanísticas, de edificación y de transporte— y de comunicación.

Por barreras arquitectónicas entendemos aquellos impedimentos u obstáculos físicos que condicionen o impidan la libertad de movimientos de las personas tanto en los espacios de tránsito público, como dentro de los edificios o en los medios de transporte. Por barreras de comunicación se entiende todo tipo de elementos que impiden la expresión y recepción

determinándose que el Gobierno de la Generalitat deberá promover su supresión, estableciendo los mecanismos y alternativas técnicas que hagan accesibles los distintos sistemas de comunicación y señalización a toda la población. En este mismo sentido, se obliga a los medios de comunicación de titularidad pública a elaborar un plan de medidas técnicas que garantice el derecho a la información también a los ciudadanos con capacidades sensoriales disminuidas.

Aspecto singularmente interesante de este nuevo marco legal es que nace con un claro espíritu ejecutivo —que, por desgracia siempre se echa de menos en las normativas dirigidas a fijar los derechos del disminuido—, ya que establece en su Título IV un detallado régimen sancionador. En él se prevén multas de hasta 50 millones de pesetas para aquellos infractores a las normas de supresión de barreras arquitectónicas urbanísticas en las obras de urbanización de nueva construcción, a las de supresión de barreras arquitectónicas en la edificación o reforma de edificios destinados a uso público y a las de reserva de vivienda para disminuidos. Asimismo, se prevén multas de hasta un millón de pesetas para un cuadro de sanciones leves. La Ley establece que el importe de las mismas sea destinado a

de mensajes a través de cualquier medio de comunicación (no necesariamente de masas).

DISMINUIDOS DE MOVILIDAD HIPERREDUCIDA

Aquellas personas que ven merma- das sus capacidades de desplazamiento por causa de una disminución de sus potencialidades sensoriales, psíquicas o motoras se vienen reconociendo bajo el término de personas con movilidad reducida, término en el que se engloban también aquellos individuos que ven reducida su capacidad de movimientos de manera coyuntural o crónica pero que no

actuaciones tendentes a la supresión de barreras arquitectónicas.

Asimismo es relevante que la nueva norma marque plazos concretos para su cumplimiento: dos años para la elaboración de los planes municipales y quince para que todas las actuaciones previstas en la misma estén realizadas.

Como ya se ha dicho, las asociaciones de disminuidos han elogiado este texto, entre otros motivos, por la participación que han tenido en su redacción. La Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento ha estado abierta a sus opiniones lo cual ha resultado determinante a la hora del articulado final toda vez que los primeros borradores propuestos no eran, ni con mucho, y en su criterio, ni mínimamente aceptables. Desde algunas entidades, sin embargo, no se deja de ser escéptico sobre su cumplimiento ya que no es la primera vez que un texto legislativo aplaudido por los disminuidos queda en papel mojado. Bien es cierto que la Ley permite a los particulares recurrir directamente ante los tribunales en los casos en que se detecten irregularidades y que la propia Generalitat tiene la obligación de crear un órgano de participación y consulta en el que estarán integradas las asociaciones para asesorar a las administraciones sobre estos temas, pero lo cierto

es que desde las propias entidades de disminuidos se piensa hacer un seguimiento permanente de la misma en un intento de evitar tanto la dilación en su puesta en marcha como que su incumplimiento generalizado anule la potestad punitiva de la que la Ley ha dotado a las administraciones.

En suma, se trata de un proyecto esperanzador que en caso de ser ejecutado conforme ha sido diseñado permitirá al disminuido catalán acceder a un entorno que, hoy por hoy, es completamente hostil y marginador; además, se trata de una normativa que puede servir de ejemplo y modelo para otras que deberían desarrollarse en el resto de las Comunidades Autónomas del Estado. En concreto en el País Vasco no somos pocos los que echamos de menos una Ley de este tipo que supere la dispersa producción normativa existente y sea el marco referencial de toda la actividad pública y privada en este terreno. Ley que debería ir acompañada de un Plan Directriz que, articulado desde el Gobierno Vasco y las Diputaciones, coordine aquellas actuaciones concretas que posibiliten que, en un plazo más breve que largo de tiempo, los espacios públicos de nuestras ciudades y pueblos puedan estar definitivamente abiertos a todas las personas sin discriminación alguna.

Txema L. Alonso

padecen una determinada deficiencia. Así los ancianos, los niños menores de tres años, las mujeres embarazadas, los accidentados, etc suelen englobarse en el mismo.

Sin embargo, al revisar el conjunto de deficiencias que pueden generar situaciones minusvalidantes en materia de movilidad se constata que, en todo caso, y aún reconociendo que cada una de ellas puede suponer un hándicap para la realización de determinadas actividades sociales, no por ello deja de ser obvia la existencia de una gradación en los efectos que suponen esas mermas en las capacidades. Así, objetivamente no se encuentran en situaciones análogas quienes padecen una disminución auditiva que quienes sufren una ceguera total. De la

misma manera, se dan una gran variedad de matices entre los disminuidos físicos con movilidad reducida, no teniendo los mismos condicionantes aquellos que se ven obligados a auxiliarse en sus desplazamientos por bastones que quienes tienen que recurrir a sillas de ruedas. Mucho más obvias son las diferencias que se dan entre personas con problemas coyunturales de movilidad — mujeres embarazadas, accidentados, etc — y quienes padecen esta disminución de manera permanente.

Es así que a efectos comprensivos nos inclinamos por realizar una división en las disminuciones de movilidad bajo el criterio de la gradación de sus efectos, a fin de poder diferenciar con claridad a aquellos sujetos para quienes sus dificult-

tades de tránsito pueden solventarse con ayudas técnicas de aquellos otros para los que las barreras son un absoluto del que sólo pueden librarse mediante su remoción total. Es en este contexto en el que cobra sentido el término "Disminuido de Movilidad Hiperreducida" que desde aquí se propone y con el que se intenta identificar, precisamente, a este último subgrupo. Por tanto, a la hora de referirnos a aquel conjunto humano, con deficiencias o no, que tienen dificultades objetivas para efectuar sus desplazamientos por el medio, lo haremos mediante el término ya suficientemente divulgado de Personas con Movilidad Reducida, mientras que cuando queramos referirnos a aquel subgrupo de éstos caracterizado por tener una deficiencia generadora de una minusvalía acusada de movilidad lo haremos con el de Disminuidos con Movilidad Hiperreducida.

La pertinencia de este término radica en que permite definir con bastante claridad al sujeto al que se hace referencia permitiendo su identificación sin tener que acudir a más precisiones. Ello es especialmente útil no sólo a la hora de estudiar y determinar el colectivo sino también cuando se trata de definir los sujetos de unas prestaciones o servicios concretos. Este término tiene traslación al de "minusvalía de movilidad" propuesto por la O.M.S. que define "la incapacidad de la persona para desplazarse en un entorno e incluye, por tanto a aquellas personas que, ni aún con la ayuda de algún instrumento o prótesis, pueden salir de casa y han de hacerlo con la ayuda de otra persona".

En todo caso, hay que tener bien presente que salvo para aquellas personas con falta de autonomía personal, el aspecto más limitador de la movilidad se encuentra en los factores que hemos denominado sociales, éste es en las barreras, y no tanto en su deficiencia, por lo que todo proceso de normalización social del colectivo de afectados pasa por una normalización previa del espacio social dominado por el conjunto de los no afectados.

Toda vez que la mayoría de las actividades sociales que se dan en las sociedades avanzadas se basan en la interconexión de espacios que realizan los actores sociales, éstas actividades se ven condicionadas, y en ocasiones determinadas, por la existencia de una densa red de

transportes. En este sentido la accesibilidad de la misma viene a determinar en gran medida la participación en aquellas.

Este artículo pretende hacer hincapié en este último aspecto, y trata de analizar y proponer alternativas a la situación por la que atraviesa el colectivo de Disminuidos con Movilidad Hiperreducida en relación con las infraestructuras de transporte y es, por tanto, desde sus especiales circunstancias y, por qué no decirlo, limitaciones desde el que se realiza el análisis y se enfocan las soluciones.

CUANTIFICACION DE UNA PROBLEMÁTICA

Uno de los mayores escollos con los que se encuentra cualquiera que quiera analizar la realidad social de los disminuidos en nuestro país, es el de intentar acotar cuantitativamente este colectivo. La ausencia de un censo, elaborado con criterios científicos y en permanente actualización, es una lamentable carencia que debería ser solventada en el más corto espacio de tiempo posible, toda vez que no sólo supone un serio problema para quien quiera estudiar a este grupo social, sino —y lo que resulta sin duda más grave— afecta necesariamente a la planificación de los servicios y programas asistenciales que tengan a éste por objeto.

En estos últimos años se ha asistido a diferentes intentos de cuantificar el colectivo, sin que sus resultados puedan ser calificados de plenamente satisfactorios. Así en el año 1981 se trató de elaborar un Censo aprovechando el Padrón Municipal de Habitantes pero el excesivo subjetivismo de las respuestas a que daba pie el cuestionario y la nula conexión de las categorías predefinidas con las clasificaciones médicas al uso, restó toda validez al mismo.

Otra vía de valoración cuantitativa — a la sazón la que más suele ser usada por las Administraciones— es la de asimilar censo a registros oficiales de minusválidas. Si bien se trata de un método mucho más objetivo —toda vez que en ellos sólo figuran quienes han pasado la pertinente revisión médica y han recibido la certificación oficial de minusvalía— lo cierto es que diversos estudios han confirmado su insuficiencia. Así Saizarbitoria y Sanzo previenen sobre "la inadecuación de los

métodos de elaboración de censos basados en exclusiva en la obtención de datos en servicios de orientación y diagnóstico para deficientes"¹ proponiendo su superación por métodos mixtos. Igualmente una investigación recientemente realizada por una importante asociación catalana² revelaba la debilidad de este método al constatar que un 31,1% de sus socios obtuvieron el certificado oficial sólo después de que en la Asociación se le informara convenientemente de las ventajas de poseerlo.

Una vía intermedia entre estos dos métodos de aproximación cuantitativa es la que promovieron los autores más arriba citados en su estudio "Deficiencias y minusvalías en la Comunidad Autónoma Vasca" a partir de la intersección de ambas fuentes. Aunque en el mismo ya aclaran que "no contiene los rasgos necesarios para poder ser considerado como censo de carácter finalista" lo cierto es que supone un intento laborioso de acercarse al problema, pese a que los vicios apuntados cuando hablamos de estas vías por separado no pudieron ser subsanados.

Otro intento cuantificador es el que presenta el "Mapa de Servicios Sociales" realizado por el SUS en Bizkaia. Los datos que aporta fueron recogidos mediante reuniones de grupo con interlocutores representativos "escogidos por su conocimiento de la problemática de las personas residentes en cada una de las distintas zonas muestrales". En el mismo se nos informa que en el Territorio Histórico de Bizkaia, 33.864 de sus habitantes padecen algún tipo de minusvalía lo que supone un 2,84% del total de su población, de los que 19.674 son deficientes físicos. De estos últimos, 1.828 estarían permanentemente encamadas, 1.145 precisan utilizar sillas de ruedas y 5.890 no pueden utilizar los transportes públicos.

Una última aproximación al conocimiento cuantitativo de la población con disminución es la que ensayó el Instituto Nacional de Estadística con la elaboración de su "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías" realizada sobre una muestra de 256.337 en todo el territorio estatal. La amplitud de la muestra, la claridad y precisión terminológica con la que se realizó el cuestionario (basado en la propuesta O.M.S.), la profesionalidad y preparación de los encuestadores y la rigurosidad en el tratamiento de

la información nos inclinan a pensar en la bonanza de sus datos y guían en lo cuantitativo esta investigación.

Los resultados de la misma son verdaderamente elocuentes de la importancia numérica que supone el fenómeno de la disminución tanto a nivel estatal como de nuestra comunidad. Así se cifra en que un 15% el porcentaje de personas con deficiencias, lo que supondría que un total de 177.353 vizcaínos estarían afectados por éstas³, siendo 46.821 las que tienen su origen en deficiencias físicas.

Por subgrupos, la encuesta nos informa que un 1,7% de la población padece "minusvalías de independencia física" y un 2,5% de movilidad —lo que supone, 23.647 personas en Bizkaia. De ellas, 2.585 precisarían sillas de ruedas para desplazarse.

LA RED DE TRANSPORTES EIM BIZKAIA: ACCESIBILIDAD Y ADAPTACION.

Este importante conjunto de DMH's ven condicionados en gran medida su movilidad y desplazamientos por una red de transportes que, como veremos, no está diseñada en absoluto para su posible utilización por parte de las personas de movilidad reducida. A esta conclusión se llegó después de analizar en profundidad, los servicios e infraestructuras que utilizan las 15 empresas que explotan concesiones de transporte de viajeros por carretera y las tres que lo hacen por vía férrea en el territorio vizcaíno.

Transporte por carretera.

El conjunto de las empresas que realizan servicios de transporte de viajeros en las carreteras de este territorio histórico no han realizado trabajos de adaptación alguna en sus vehículos, por lo que el 98% de las líneas, el 96% de los vehículos y más del 95% de los tráficos que se producen por este medio están vedados a las personas con movilidad reducida.

La sensibilidad ante este problema es nula en buena parte de las compañías concesionarias, constatándose que sólo la red "Bilbobus" tiene pensado adquirir algunas unidades adaptadas y una —Transportes Pesa— considera que la adaptación de los equipos móviles puede ser una buena inversión desde el punto de vista

comercial. La mayoría señala el coste económico de la adaptación como principal causa para no realizarla, apuntando algunos una cierta disposición a efectuarla si la Administración corriera con su costo. Asimismo un grupo significativo de empresarios cree que adaptación es sinónimo de molestias al público y retrasos en el servicio por lo que incluso, aducen motivos comerciales —ausencia de demanda— para justificar la no implantación de los elementos técnicos necesarios. Especialmente curiosas (por no decir deplorables) son aquellas opiniones que sustentan su ausencia de interés por la adaptación en la constatación de que nunca han tenido usuarios de estas características (!) o en la inexistencia de personas de movilidad reducida en los ámbitos territoriales de su explotación (!!).

La red de Ferrocarril

Pese a que algunos equipos técnicos de las tres empresas que prestan sus servicios sobre suelo vizcaíno (Renfe, Feve y ET) han elaborado normativas en las que se tiene bien presente el tema de la accesibilidad, lo cierto es que, hoy por hoy, el transporte ferroviario es un medio vetado para los disminuidos de movilidad hiperrreducida y, en gran medida también, a todas las personas con mermas de movilidad.

Los equipos móviles de las redes Bilbao-Plentzia (ET) Bilbao-Bermeo (ET), Lutxana-Sondika (ET) Bilbao-barakaldo-Muskiz (Renfe) y Bilbao-Santurtzi (Renfe) son accesibles aunque no estén adaptados, en tanto que los que cubren el servicio Bilbao-Orduña (Renfe) y Bilbao-Balmaseda (Feve) no lo son en absoluto.

Por su parte, un 58% de las estaciones y apeaderos son en todo punto inaccesibles, otro 12% presenta dificultades casi insalvables si no se cuenta con ayuda y sólo un 30% tienen el acceso libre, si bien en la mayoría de estas ocasiones la accesibilidad es más fruto de un azar natural que de un diseño premeditado. En más de la mitad de estos casos, se da la circunstancia de que sólo uno de los andenes es accesible dado que el paso de uno a otro debe hacerse atravesando la vía. Se constata, también, que en algunas estaciones que se encuentran en fase de remodelación no se tiene en cuenta este criterio. Por otra parte, resulta paradójico que sean las líneas que cuentan con equipos móviles más accesibles las que tie-

nen más barreras arquitectónicas en sus apeaderos. En todo caso no existe ninguna línea en la que todas sus estaciones sean accesibles, dándose la circunstancia de que de las cuatro estaciones existentes en Bilbao sólo una —la de Abando— tienen adaptados sus accesos aunque curiosamente resulta ser la cabecera de una línea cuyo equipo móvil resulta imposible de ser utilizado por personas con disminuciones de movilidad.

LA SITUACION EN LOS AMBITOS DE DEMANDA ESPECIFICA.

Una vez estudiadas las infraestructuras de transporte público existentes en el territorio histórico, se analizan todos aquellos espacios —laborales, educativos, clínicos, recreativos, etc— que en razón a la especificidad de los servicios que prestan suponen núcleos de reunión de personas disminuidas. Al hacerlo, no sólo se puede constatar las insuficiencias anteriormente detectadas sino también conocer la oferta de transporte especial existente de la que, a priori, sólo pueden disponer entidades o servicios como los estudiados.

A continuación se exponen las conclusiones fundamentales a las que se llegan tras estudiar cada uno de estos ámbitos concretos.

Centros especiales de empleo.

No existen en Bizkaja talleres específicos para disminuidos físicos con graves problemas de movilidad. Es más, se da la circunstancia de que en la mayoría de los existentes se exige, de alguna manera, capacidad autónoma de movimientos para poder formar parte de sus plantillas. Así, sólo un 2,7% del conjunto de la mano de obra empleada en los 18 centros existentes son DMH's. En todo caso en 11 de estos talleres trabajan personas con este tipo de disminución.

Sólo uno de los talleres cuenta con vehículo propio si bien éste no es adaptado; por su parte, otro 27% contratan servicios de transporte con empresas del sector, si bien tampoco ninguno de éstos son vehículos adaptados.

Los DMH's que trabajan en ellos recurren para desplazarse fundamentalmente al vehículo familiar y en menor medida al taxi.

Centros de Día.

Al 87% de los 15 centros existentes en, acuden DMH's, que por otra parte, suponen un 64% de sus usuarios.

El 73% de los Centros contrata el transporte con empresas privadas, aunque en ningún caso éste es adaptado. En la totalidad de los casos precisan de auxiliares de ruta. En todo caso, muchos de sus usuarios deben acudir con otros medios: taxi, en un 20%, y en vehículos familiares otro 18,3%.

Residencias.

En cuatro de las siete residencias existentes, conviven DMH's que suponen un 34% del total de usuarios.

Tan sólo uno de estos centros no cuenta con vehículo propio debiendo contratar el transporte con una empresa privada que lo proporciona con un vehículo no adaptado. Los otros seis restantes tienen en propiedad algún vehículo, si bien sólo dos están adaptados.

Centros de Educación Especial.

De los tres existentes, a dos acuden DMH's, suponiendo un 40% del total de su alumnado.

En todos los casos deben contratar vehículos con empresas privadas aunque no están adaptados.

Centros de Rehabilitación.

La prestación de servicios de rehabilitación se realiza desde dos instancias diferenciadas: la red pública de salud — S.V.S. -Osakidetza- y la red privada —fundamentalmente, mutuas laborales.

Los usuarios de los servicios de la red pública acuden a los mismos en ambulancias contratadas con empresas privadas, mientras que los de la red privada lo suelen hacer mayoritariamente en taxis, que son subvencionados totalmente por las propias mutuas.

Centros de Enseñanza normalizada.

Los centros escolares constituyen otro punto de recepción de personas con disminución y, por consiguiente, se constituyen en entidades de demanda potencial de transportes de tipo especial.

La plena —y por ello modélica y plausible— integración de las personas con deficiencias físicas en nuestro medio no se ve acompañada de unos servicios adecuados de transporte para estos niños y jóvenes que no disponen de los medios adecuados para que sus desplazamientos sean cómodos y seguros.

Hasta el momento, los DMH's escolarizados tienen que acudir a los centros bien en autobuses no adaptados bien en vehículos familiares o taxis. Cuando se trata de alumnos de enseñanzas obligatorias, los costes de desplazamiento los cubre en su totalidad el Departamento de Educación del Gobierno Vasco; cuando se trata de enseñanzas no obligatorias pueden beneficiarse en determinadas condiciones de las prestaciones del Departamento de Bienestar Social de la Diputación.

LA NECESIDAD DE UN PLAN INTEGRAL DE ACCESIBILIDAD.

Del análisis tanto de las infraestructuras de transporte actualmente existentes para los DMH y de los planes futuros, se puede corregir la necesidad de que la Administración aborde de manera urgente un plan estratégico que permita resolver en un horizonte temporal no muy dilatado los problemas que para la movilidad de las personas con minusvalía plantea la inadaptación de los servicios de transporte. Plan que deberían marcar el desarrollo futuro de estas infraestructuras en la perspectiva de su paulatina adaptación, a la vez que coordinar los servicios que con el tiempo se vayan poniendo en funcionamiento a fin de buscar la mayor complementariedad posible de los mismos.

Esta norma debería de evitar los grandes pronunciamientos tan al uso y centrarse en instrucciones prácticas, con plazos predeterminados y con la descripción de los recursos con los que se podrían contar.

Para su redacción, así como para su operativización en las diferentes medidas y servicios que puedan irse generando, parece indudable la necesidad de que la Administración cuente con la opinión de los colectivos de afectados —en definitiva, posibles usuarios—y abra su diseño a una participación que no sólo planteará con énfasis las necesidades en su real

medida sino que permitirá una mejor adecuación técnica. En este sentido hay que recordar que no han sido pocas las experiencias —en materia de supresión de barreras, por ejemplo, multitud— en los que la buena fé de sus impulsores no se ha visto corroborada por la utilidad de las mismas al no haberse tenido precisamente en cuenta a los afectados. Por otra parte, hay que insistir en la participación de éstos dado que operaciones de este tipo que sin duda son vistosas y, en general, bien recibidas por la opinión pública, son más dadas a que el beneficio se quede en quienes lo impulsan más que en sus destinatarios últimos.

La necesidad de coordinar los avances en este tipo de servicios es algo sobre lo que hay que llamar poderosamente la atención toda vez que experiencias en otras ciudades relatan lo fácil que es caer en la duplicidad de recursos en algunos ámbitos mientras que otros se sumen en un injustificado abandono. Así no es difícil encontrarnos ni a nivel de realidad, ni tan siquiera difícil de plantear hipotéticamente, cómo determinados espacios locales, normalmente los asentamientos de las clases dominantes, son privilegiados con diversas alternativas de servicio mientras que otros apenas si cuentan con uno. Igualmente es fácil observar como algunos ámbitos —por ejemplo los escolares— son de más fácil prestación que otros—los laborales.

Es sin duda impulsando la adaptación de toda la red ordinaria de transporte, — en consonancia con el artículo 59 de la LISMI— como mejor se adornaría este Plan dado que sería la fórmula óptima de solucionar en gran medida el problema, pero no cabe duda de que éste es un objetivo tan loable como difícil y cos-

to de cumplir a corto plazo y, por tanto, se plantea un tanto despreciativo del aquí y ahora. En este sentido, deberían de combinarse medidas inmediatas y factibles de realizar con estas otras orientadas a los grandes objetivos generales, siempre entendiendo que su puesta en funcionamiento no puede ser utilizada como instrumento dilatorio de las grandes reformas; del mismo modo tampoco los grandes planes deben ser óbice para las medidas mas sencillas, y tal vez menos completas, se pongan en funcionamiento.

Por otra parte, hay que dejar claro que la adaptación del transporte normalizado no agota completamente el problema, toda vez que siempre quedará un estrato de población, precisamente los que hemos definido como disminuidos de movilidad hiperreducida, que difícilmente podrán utilizar éste y requerirán un transporte especial adaptado. Así lo creen la mayoría de los especialistas que han estudiado el tema (J.Sloth, P.Pilgram, K.Mitchell, J.Rovira...) y así se han pronunciado diversos organismos internacionales. En este sentido, la 29ª reunión de la Comisión Internacional de Transportes, organismo dependiente del Parlamento Europeo determinó que "la postura más conveniente sería la de crear servicios de transporte específicos en favor de estos viajeros, disponiendo de vehículos adecuados, por ejemplo, taxis y minibuses adaptados, y de personal especialmente formado". La existencia de este tipo de servicios especiales en las ciudades que más han normalizado sus infraestructuras de transporte público avala no sólo su necesidad sino también su pertinencia.

Txema Alonso
Sociólogo y Politólogo

¹ Saizarbitorria, Ramón y Sanzo, Luis. "Deficiencias y minusvalías en la Comunidad Autónoma Vasca". Gobierno Vasco. 1988. Pag.25.

² Un resumen de esta investigación realizada por Txema L. Alonso se encuentra publicada en el número 17 de la revista "El Ciempiés" editada por la Asociación de Minusválidos de Barcelona.

³ Extrapolación realizada a partir de los datos de población del Anuario Estadístico Vasco del año 1989 editado por el Eustat.

ANALISIS DEL PROGRAMA DE FAMILIAS DE ACOGIDA CON PERSONAS MAYORES

INTRODUCCION

El programa de Familias de Acogida consiste en que una familia acoga en su domicilio a una persona mayor, con la que no tiene parentesco, para la vida en común, proporcionándole los cuidados familiares que precise a cambio de una cantidad económica.

El programa supone profundizar en la creación de alternativas al internamiento de las personas mayores, cuando no es conveniente ni deseable. En otros casos retrasa la institucionalización hasta que sea realmente necesaria y deseada.

El acogimiento familiar se dirige a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, capacitándoles para desenvolverse de forma semi-independiente, con la provisión de unos cuidados personalizados en un entorno cercano al suyo propio.

En principio cualquier persona mayor puede acceder a este programa, siempre que lleve a un acuerdo con una familia. En cuanto a la familia se precisa que tenga experiencia en el trato de personas mayores y que sea menor de 60 años y mayor de 25. Su domicilio debe estar bien comunicado y bien dotado.

La cuantía a aportar se determina a través de un contrato, en el que la persona mayor aporta el 50% de sus ingresos y

el resto hasta la cuantía del contrato lo proporciona Diputación al acogido.

El apoyo a las personas mayores mediante servicios tendentes a mantener a dichas personas en su entorno social constituye una de las áreas de actuación preferente de la Ley 6/82 sobre Servicios Sociales.

Dentro de ella ocupan lugar destacado las actividades encaminadas a facilitar a la persona mayor su integración en una familia que pueda atender sus peculiares necesidades derivadas de la edad, y al mismo tiempo, proporcionar un ambiente y un trato familiares como alternativa al ingreso en residencia.

El programa se inicia en 1.990 tras un período de experiencia piloto y a 1 de Enero de 1.992, tenía 69 personas mayores incluidas en familias de acogida. El primer año entraron 32 personas en el programa y en el segundo año 54 personas. En total ha habido 17 bajas de las que únicamente dos han sido con deterioro de la convivencia con la familia acogedora.

A lo largo del desarrollo de la experiencia se han adoptado nuevas modalidades de acogimiento, por ejemplo las acogidas temporales y de respiro de la familia natural y se han tenido en cuenta dos tipos máximos subvencionares en la

aportación de Diputación, según la persona mayor sea válida o inválida.

El seguimiento de la acogida se realiza a través de informes trimestrales, del informe social anual de replanteamiento de la acogida, de los modelos de control económico y de la evaluación anual.

COMENTARIO A LA EVOLUCION DEL PROGRAMA

Al comienzo de 1.992 se realizó una evaluación del programa en el que se extraían una serie de características sociológicas de las personas mayores acogidas y de las familias acogedoras. De esos datos nace este comentario a la evolución del programa.

De los resultados de este estudio puede concluirse que, al menos para determinadas generaciones, el casamiento supone un seguro para la vejez y una forma de protección para las épocas más desvalidas de la vida; la red familiar que se establece con hijos o familiares colaterales supone un "recurso" para el individuo.

Se observa en los usuarios del programa, la falta de cónyuge y de un soporte familiar, existiendo lazos convivenciales con el círculo social próximo de tipo vecindad-amistad que le predisponen a paliar esta situación.

El 25% de las personas mayores son minusválidos, lo que nos indica que el programa no ha derivado en "solidaridad egoísta", por el momento, pero la tendencia es a que entren más personas mayores válidas.

Si unimos los aspectos de salud y edad de las personas mayores acogidas, hemos de concluir que se trata de una población potencialmente de riesgo, un población cambiante susceptible de sufrir un deterioro.

La mayoría de las personas mayores tiene un nivel cultural bajo. Este dato parece bastante comprensible, pues, al menos en la generación que nos ocupa, el nivel cultural está íntimamente unido al nivel económico, pues debemos tener en cuenta al carácter clasista que la educación tuvo para estas personas. El triángulo educación — posición económica — ambiente confortable parece que forma una unidad en el que un tema lleva a otro.

Por otra parte si comparamos con las capacidades lingüísticas de la media de Gipuzkoa, el grupo de personas mayores que tienen el euskera como lengua preferencial o subsidiaria se ajusta bastante a esa media.

De una manera casi absoluta se puede afirmar que la persona mayor no cambia su habitat, lo cual se puede considerar como un éxito del programa, pues crea condiciones favorables para el resultado positivo de la acogida.

No se han producido situaciones de desarraigo respetándose de forma natural parte de la filosofía del programa así como uno de los principios básicos de toda política asistencial gerontológica.

Una de las características específicas del programa de "Familias de Acogida", con respecto a la experiencia francesa por ejemplo, es la existencia de casos en los que el acogimiento familiar era ya una realidad antes de la creación del programa, pero sin ninguna relación familiar.

Por lo tanto en estos casos lo que se ha hecho es regularizarse, legalizarse y sacar a la luz una práctica enraizada en la solidaridad tradicional y de la que se tenía pocas noticias.

Este grupo de acogidas representa el 63% del total de acogidas, cuarenta y cuatro en total. Los casos en los que la acogida se ha producido con posterioridad a la implantación del programa, representan el 37% de los casos analizados, siendo, por tanto, 25 acogidas de tipo "nuevo".

Cabe decir que tras la "oficialización" de los acogimientos de tipo antiguo producida durante este primer año, se puede predecir que conforme vayan pasando los años, el peso que estos casos representarán sobre el total será menor y que los casos que se adhieran serán en mayor proporción casos de acogimiento nuevo.

Se puede reflexionar sobre el hecho de que la solidaridad espontánea, que frecuentemente no ha sido tenida en cuenta dentro del concepto de "Bienestar Social", es bastante "avanzada" e "innovadora", yendo por delante, en algunos casos, de los planificadores.

Podemos decir que el primer año del programa sirvió fundamentalmente para oficializar los casos de acogida antigua, que se encontraban principalmente en las

zonas rurales. Pero este año, en el que el peso de las acogidas nuevas es sensiblemente mayor, la incidencia del programa en las zonas urbanas ha aumentado considerablemente en relación al año pasado.

Por tanto cabe pensar que una vez oficializadas las acogidas de tipo antiguo, la cantera fundamental del programa vendrá de las zonas urbanas.

Por todo ello resulta especialmente llamativo el estancamiento que el programa sufre en la zona del Oiartzun, Eibar-Eigoibar y la subcomarca de Hernani, pues sus características sociales coinciden con la evolución experimentada este año.

Después de cruzar las variables de "tipo de acogida nuevo-antiguo" con "comarca rural-urbana" (únicamente con las acogidas producidas en 1.991), llegamos a la conclusión de que ambas variables están relacionadas.

Se puede afirmar que existe una diferencia significativa entre las comarcas. En las comarcas urbanas se han producido significativamente más acogidas de tipo nuevo y en las comarcas rurales más acogidas de tipo antiguo. Por tanto podemos rechazar la hipótesis nula o ausencia de relación, con una significación del 94,7%.

Es precisamente en las zonas urbanas, a pesar de que en algunas de estas zonas el programa está estancado, donde se deben centrar los esfuerzos de desarrollo del programa.

Las zonas urbanas tienen más potencialidad futura, y además de ser las zonas donde más déficit de recursos para las personas mayores hay.

COMPARACION DE RECURSOS.

El Programa de Familias de Acogida con personas mayores es el que ha experimentado un crecimiento relativo mayor durante este año.

Es por ello que resulta obligado que sea tenido en cuenta para la planificación de los recursos asistenciales para las personas mayores. Sin embargo el "Plan Gerontológico Vasco" ni siquiera lo cita y el "Plan Gerontológico Nacional" hace una breve referencia. El "Plan Sectorial" del departamento sí recoge este programa, pero necesita una actualización.

Podemos decir que los costes de una plaza residencial y una familia de acogida son similares. El coste/plaza en Centro de Día viene a ser un 70% de los costes anteriores. El hecho de que los costes de Familias de Acogida y residencias sean iguales no es casual, sino que es buscado por la Diputación.

Sin embargo la distribución interna aproximada de ese gasto es muy diferente, como se observa en la tabla adjunta:

- Residencias
 - Usuario y apor. privadas 50.000
 - Diputación 22.000
 - Ayuntamientos 9.000
 - Total 81.000
- Centros de Día
 - Usuario 29.000
 - Diputación 22.000
 - Ayuntamientos 5.000
 - Total 56.000
- Familias de Acogida
 - Acogido 27.000
 - Diputación 54.000
 - Total 81.000

De estos datos se deduce que el costo para Diputación del programa de Familias de Acogida es sensiblemente mayor que el de Residencias, porque la persona mayor aporta menos y porque los ayuntamientos no contribuyen a la financiación del programa.

Las personas mayores contribuyen con una cantidad similar en Familias de Acogida y en Centros de Día. Sin embargo su contribución en residencias de Tercera Edad es casi el doble, lo que dificulta la posibilidad de una vida autónoma.

Por otra parte hay que tener en cuenta que el programa de Familias de Acogida no necesita de inversiones en infraestructura y no necesita de la contratación de personal de atención a las personas mayores.

Los costes del programa de Familias de Acogida son más controlables que los de los otros recursos y Diputación puede congelar sus aportaciones y por tanto el costo global del recurso asistencial.

Por contra los gastos de residencias y Centros de Día tienen componentes más difícilmente controlables, pues tienen un

componente autónomo no ligado a la acción de las instituciones y que éstas no pueden controlar.

ENCUESTA A LAS PERSONAS MAYORES (1.991)

Resultado de la tarea de información

De las 68 personas mayores a las que se ha dirigido la encuesta, han contestado a la misma 52, lo que representa el 77%. Las encuestas han sido realizadas por los asistentes sociales de los Servicios Sociales de Base. Algunas de las preguntas debían ser respondidas por las personas mayores y otras eran valoraciones de los profesionales.

Al estar concebido el programa como un "plan de ayudas anual" es necesario replantear la idoneidad de las acogidas anualmente. Para ello se realiza, al final de cada año, un informe social que valore la situación de cada familia de acogida.

Los temas de interés para la confección de este informe social coinciden básicamente con los de la encuesta. De esta manera, y aparte de todos los demás temas que profesionalmente se consideren interesantes, se puede decir que podemos obtener información sobre los ítems de la encuesta de una manera anual y por tanto ver una evolución.

Actividades sociales y recreativas

En la encuesta se proponían 9 actividades sociales y recreativas que podían ser realizadas por las personas mayores. En el capítulo de "otras" han aparecido temas como los trabajos de caserío y actividades religiosas. Estableciendo una comparación con las personas mayores en residencias¹ obtenemos los siguientes resultados en porcentajes.

	Fam.	Resid.	Dif.
Tertulia	48	26	+22
Pasear	60	41	+19
TV-Radio	80	37	+43
Lectura	30	23	+7
Espectáculos	10	1	+9
Club de Jubilados	28	5	+23
Bares y cafeterías	34	16	+18
Visitas	30	23	+7
Compras	40	15	+25

Las diferencias entre las actividades sociales y recreativas de ambos grupos son evidentes. Estas diferencias se observan tanto en aquellas actividades que se pueden realizar en el hogar como en aquellas que pueden ser realizadas en el exterior.

En cuanto a las primeras (como la lectura, la TV-radio o la tertulia) las importantes diferencias dejan claro que el nivel de confort y de actividad en el hogar es mayor entre las personas mayores que están en familias de acogida.

El nivel de actividades realizadas en el exterior de la vivienda o residencia, nos indica que las personas mayores en familias de acogida son más independientes, tienen más relaciones sociales y están más integrados socialmente que las personas mayores que viven en residencias.

Los porcentajes en definitiva, son tan claramente diferentes que no merecen más comentario.

Amistades

Podemos decir que el 40% de las personas mayores que están en familias de acogida no tienen amigos, cifra no muy diferente de las personas mayores en residencias, 49%, según la anteriormente citada fuente.

Estos datos, unidos a los anteriores, nos muestran que las relaciones sociales son más amplias en familias de acogida, sobre todo en los aspectos superficiales, pero en los aspectos más profundos, como las amistades, las realidades no varían entre las situaciones de las personas mayores.

El 12% de las personas mayores que están en familias de acogida afirman que han hecho nuevos amigos desde que están en esta situación, dato que corrobora la afirmación hecha anteriormente: las relaciones personales más profundas no varían tanto como las actividades sociales y recreativas.

CONCLUSIONES

1²) El desarrollo y evolución del programa de Familias de Acogida, se encuentra fuertemente condicionado por el del resto de los recursos existentes de la

red. Es decir, el futuro del programa dependerá en gran medida de las condiciones de acceso de los otros recursos asistenciales.

Así mismo conviene reforzar fórmulas de atención desinstitucionalizadas integradas en el propio medio y de carácter más ligero, como las familias de acogida, reservando la atención residencial solo para aquellas personas que necesitan un tipo de atención más intenso.

Por tanto en la medida en que la política de acceso a Residencias de Tercera Edad se flexibilice para las personas con un mayor grado de invalidez (incluso que se prioricen este tipo de situaciones para el acceso), otras fórmulas de atención alternativas, como familias de acogida, se fortalecerán y cumplirán su cometido exacto.

2º) El programa ha servido, como efecto colateral, para que el tema del envejecimiento de la población se acerque a la calle y se convierta en un tema algo más cotidiano.

El programa ha supuesto, de alguna manera, un motivo para la reflexión, no solo del envejecimiento como problema social, sino también sobre el envejecimiento como problema individual, ya que ha llevado, a través de los medios de comunicación masivos, esta experiencia, poco habitual, a cada hogar, consiguiendo un efecto de impacto.

3º) La importancia dada al programa ha oscilado bruscamente entre dos extremos: puede pasar de no ser citado por el "Plan Gerontológico Vasco" a ser un programa que tiene un gran espacio en los medios de comunicación; y de ser un programa que se "exhibe" con orgullo a los visitantes foráneos a ser considerado un programa "experimental".

Tal vez sería conveniente para el programa perder ese carácter "especial", para pasar a ser un programa más entre otros, aunque sin olvidar su carácter innovador y prácticamente exclusivo de Gipuzkoa. Debería ser correctamente contextualizado, para poder ser integrado en la red de recursos asistenciales alternativos para las personas mayores.

4ª) La fuerte campaña informativa llevada a cabo durante el año 1.990 ha traído dos conclusiones erróneas, y contradictorias entre sí, que se han extendido

con notable rapidez entre los profesionales que trabajan en el campo de los servicios sociales:

- a) "La campaña fue un fracaso y el programa de Familias de Acogida subsiste a duras penas".
- b) "La campaña masiva consiguió pasar a segundo plano otros problemas más importantes".

Este programa no está llamado a ser un programa masivo, sino que lo que consigue es aumentar las posibilidades alternativas de elección de las personas mayores, según sus diferentes situaciones y preferencias, teniendo hasta el momento una evolución cuantitativa y cualitativa que podemos calificar globalmente como positiva, aunque claramente mejorable.

Estas dos afirmaciones "evidentes" creo que son necesarias para contrarrestar las ideas que ha traído la valoración bruscamente oscilante sobre el programa. No puede ser ignorado o tratado como un programa "residual", pero tampoco es la panacea y la solución de todos los problemas.

5ª) El programa de Familias de Acogida con personas mayores se puede decir que ha pasado por dos fases. En la primera fase la cuestión principal que se planteaba era la de la propia existencia y continuidad del programa. Se trataba de la fase más delicada de todas.

El programa superó esa fase gracias al trabajo de los responsables del mismo, a la comunicación con las experiencias francesas y a la existencia de un caldo de cultivo previo en la sociedad tradicional, que contribuyó a que el programa echara raíces y se asentara.

Posteriormente entramos en una segunda fase, en la que superadas las cuestiones antes planteadas, el programa sufrió un crecimiento cuantitativo importante, que produjo que durante un tiempo hubiera una entrada en el programa de 6 casos/mes.

Durante bastante tiempo la "verdad oficial" fue que el programa no conseguía el despegue. Como dato se puede decir que en 1.990 se presupuestaron, incluso después de la evaluación del año pasado, 19 millones y se va a gastar el triple, pese a la caída en el ritmo de entrada.

Para el año que viene se han presupuestado 70 millones (y sobrarán). Ha tenido que ser el tiempo y la realidad de las cosas quienes echen por tierra esa teoría y no la evaluación del programa y el contraste fundamentado de opiniones.

6²) Este año el programa va entrar en una tercera fase en la que la atención no debe estar centrada en el crecimiento cuantitativo sino en la calidad de las acogidas. El programa sigue creciendo, pero a un ritmo decreciente. A partir de ahora se diseña un panorama con las siguientes características:

- a) El programa ya ha superado la fase de expansión y se enfrenta al reto de mejorar la calidad de las acogidas, siendo más exigente en las condiciones de ingreso en los casos de acogida de tipo antiguo.

Este tipo de acogida ya ha cumplido la función de ayuda al asentamiento del programa en las fases iniciales y va a ir perdiendo peso en el conjunto del programa de una forma natural, con lo que

se descartaría tomar decisiones excesivamente drásticas en este tema.

- b) El programa debe abordar de una manera decidida el tema de la profundización en el seguimiento de las acogidas, como fruto de esta tercera fase y de las nuevas realidades detectadas y ya comentadas.
- c) Se deben abordar los problemas de descompensación geográfica del programa y centrar la atención futura sobre todo en las zonas urbanas y en las acogidas nuevas.

Finalmente debemos concluir que el programa tiene problemas de "crecimiento" naturales a todo proceso expansivo. Tan peligroso sería asentarse en un triunfalismo acrítico que obstaculizara las debidas reformas, como gestar una nueva "verdad oficial" en el sentido de afirmar que el programa está "desbocado" o "muerto" sin ninguna necesidad de demostrar lo que se afirma.

Eugenio Peñas Aizpuru
Sociólogo

¹ Los datos referentes a las personas mayores en residencias han sido extraídos del documento de trabajo "Ancianos en Residencias" elaborado por el Gobierno Vasco en 1.985.

PARTAIDETZA ETA ORDEZKARITZA ORGANOEN HIRUGARREN ADINEKO ERAKUNDETAN

SARRERA

Orain dela bi urte gutxi gora behera, Gipuzkoako Hirugarren Adinekoen Etxe eta Klubetarako Oinarrizko Estatutua onetsi egin zenetik, Gipuzkoako Foru Aldundiko Zerbitzu Sozialak Sailekoa den Eibarko Jubilatu eta Pentsionisten Egoitza eta Etxean esfortzu handi bat burutzen ari gara, bertan dauden Partaidetza eta Ordezkaritza Organoak bultzatzeko.

Estatutu honetan lehenengo Tituloan, bigarren Artikuluan azaltzen den bezala "zahartetxe eta klubak establezimendu irekiak dira, bertan erabiltzaile eta bazkideei, laguntza, kultur eta jolas zerbitzuak ematen zaizkie. Halaber, kulturaren hedapen eta informazio maila altuagoak lortzeko ekintzak, elkarbizitza eta atsedeen iharduerak, partaidetza pertsonal eta komunitarioa, elkartruke, elkar laguntza eta, orohar lekuturik dauden gizarte inguruan bizi eta tartekatzeke era progresiboki hobetzeko iharduerak burutzen saiatzen da leku honetan"; eduki hauek guztiak gure zentruan bilakatzeko, programazio eta garapen momenturik, Gobernu Batzordeko partaide guztiekin, ikastaro bat prestatu dugu. Nolabait, estatutu honetan azaltzen diren eduki orok praktikan jartzeko.

Honela bada, artikulua honetan lan-tzen den ikastaroa, estraineko urratsa be-

zala hartu behar da; Partaidetza eta Ordezkaritza Organoen garapen osoa lortzea, izango litzateke gure lanaren helburu nagusia.

Egitasmo hau, 253 leku dituen egoitza batetan, 6.000 bazkide baino gehiago dituen jubilatu etxe batetan, aurrera eramana da; Gobernu Batzordea bai egoitzakoa, bai zahartetxekoa izanik.

Historia piska bat eginez, zentru hau 1978ko Urtarrilan Zabaldu zen, Gipuzkoan eraikiak izan ziren bi egoitzetik bat izan zen, eta gaur egun, adierazi dugun bezala, Gipuzkoako Foru Aldundiaren menpe daude. Zentru biak, 1980 arteraino Pentsionistarenganako Laguntza-Zerbitzukoak (P.L.Z.) izan ziren, aipaturiko urte honetatik aurrera azken hau INSERSO-n sartu zelarik, 1988ko Urtarrila arte. Gizarte Segurantzarekin erlazionaturik zeuden gaiak. Euskal Komunitate Autonomora transferituak izan ziren, eta gauza bera gertatu zen bertan kokatuak zeuden INSERSOko zentru guztiekin, Lurralde Historikoen Legearen (L.H.L.) aplikazioarengatik, Diputazioetara bueltatu zirelarik. Zehazki, Abenduaren 30eko 69//1987 Foru Dekretuaren bitartez, Gipuzkoako Lurralde Historikoak INSERSOko emainiko gizarte zerbitzu eta laguntza gaietako funtzio eta zerbitzuak asumitu zituen. Elkarte Autono-

moko Institutuzio Komunitatiko transpa-
suaren indarrez.

HELBURUAK

Helburu Orokorrak

- Gobernu-Batzordeko partaideen-
gan, Organo honek dituen garran-
tzia eta esangura lortzea.
- Gobernu-Batzordeak, ordezkatzeko
organo bezala dituen atribuzio eta
erantzunbeharrak landu.
- Lanentzako metodologiak eta dai-
tezkeen jokaera desberdinak aztertu.
- Gobernu-Batzordearen agintzaren
iraupena zeharrentzako programa
orokor bat finkatu.
- Gobernu-Batzordeko programa
praktikan jar dadila suspertu.
- Gobernu-Batzordeak, zentruan
duen papera indartu.
- Gobernu-Batzordeko partaide guz-
tiak gai izan daitezen norberari da-
gozkion lanak bete ditzan.

Helburu Espezifikoak

- Zentruak duen gaur egungo egoera
aztertu.
- Gobernu-Batzordeak bai antola-
kuntza mailan, bai funtzio mailan
zentruaren garapenerako duen ga-
rantsitaz, erreflexionatu.
- Landutako guztia, praktikara era-
matea ahalbideratu.
- Gobernu-Batzordearen agintzaren
iraupena guztian zeharrentzako
ihardueralerroak proposatu.
- Egin behar den lanari buruzko ze-
haztapen praktikoa burutu.

EDUKIAK

Ikastaro honen eduki garrantzitsuak
lau atal nagusietan sailka ditzakegu:

Estatutua: Gobernu-Batzordeko funtzioak eta esleipenak

Gipuzkoako Hirugarren Adinekoen
Etxe eta Klubetarako Oinarrizko Estatutua

eta Zentruentzako Oinarrizko Estatutua
landu ziren, eduki hauek nagusiak izanik:

- A) Batzarre Orokorra-Gobernu Ba-
tzordea: funtzioak, osaketa,...
- B) Gobernu-Batzordeko partaideen
paperak eta funtzioak.
- C) Zentruen onuradunataz.
- D) Bazkide eta nagusien eskubide eta
betebeharrak.
- E) Sari, hutsegite eta zigorrak.

Zentruen arazo eta beharrak

- A) Antolakuntza mailan: instituzioa,
langileak, departamentuak, etab.

Organigraman azaltzen diren elemen-
tu orok(batez ere, langileak eta departa-
mentuak) landu ziren, ze funtzioak bete-
tzen dituzten, elementuen arteko
harremanak, etab. Haien perzeptiotik
abiatuz, landu zen puntu hau.

- B) Nagusi mailan: Role-playing dei-
turiko teknika erabiliz, zentruak di-
tuen arazo eta behar nagusiak az-
tertu ziren.

Gobernu-Batzordean parte hartzeko motibazioak

Atal honetan, batez ere, zergatik eta
nolagauden Gobernu Batzordean galdere-
ei erantzutea landu zen. Honetaz aparte,
Gobernu Batzordea nola somatzen den
zentruan; egokitasunaren perzeptioa;...

Programaketa

Zentruen arazo eta beharretatik abia-
tuz. Gobernu Batzordeko funtzioak landu
ziren, iharduera-lerro nagusi batzuetara
ailegatuz. Geroztik, praktikara eraman di-
tzaten.

METODOLOGIA

Ikastaro hau diseinatuta dago lan ak-
tibo moduan jarrai dadin. Norberaren
erreflexiotik eta taldearen erreflexiotik ir-
tetzen da, errealitateari buruzko kontzien-
tzia kritiko bat sortu asmoz.

Ikusten denez, partaidetza elementu
garrantzietariko bat bezala hartzen da.
Horretarako, talde txikiak erabili dira eta

elkar-jartzetan txandakatuz mintzatu dira partaide orok.

Partaidetza eta Ordezkaritza Organoen erabateko garapena, oldartu eta lagundu behar dela, guztiz beharrezkoa iruditzen zaigu. Organo hauek edozein iharduketaren oinarria bihurtu behar direlako. Guztiz gain, Hirugarren Adineko kolektiboa zentroaren protagonista nagusi eta sujeta eraginkorra hartzen badugu.

Gure ustetan, pertsonal eta gizarteko promozioa, parte hartzea bultzatzea, kultura suspertzea,... eta azken finean hasieran

aipatu dugun estatutuen erabateko garapena lortzeko, azaltzen diren eduki guztiak, lan prozesual batetan bilakatu behar dira, interbentzio diseinu global barru.

Horrexegaitik, ikastaro honetan ikusten den bezala, norbanakako parte hartetik abiatzen da, partehartzea bultzatuz, instituzional mailan eman behar den partehartzea lortu arte.

José Javier Yanguas Lezaun
Francisco Javier Leturia Arrazola

ORIENTABIDE ERREALITATEAN: ANTOLAKUNTZA, DISENU ETA GARAPENA. PROGRAMA BATEN AZTERKETA

Eibarko Jubilatuta eta Pentsionisten Egoitza eta Etxean egiten den Orientabidea Errealitatean deituriko programa, zahartzaroko zorotasuna adimen eta buru funtsioen narradura, leku nahiz denborarekiko orientazio eza direla eta arazo hauei irtenbide egokia emateko beharra somatu ondoren sortu zen.

Egoitzako Gizarte Departamentuan diseinatutako interbentzio plangintzaren barnean azagutzazko funtzioei dagokion egitaraua agertzen zaigu funtzio hauek narraiatuta edo narraiatzeko bidean dituen jendeari zuzenduta, nahiz soilik zahartzaroari dagozkion zorotasunak dituen jendeari zuzenduta dagoelarik.

Artikulu hau bi zati desberdinetan sailkatuta dago. Lehenengoan, programen antolakuntza, disenua eta zenbait alde teorikoak lantzen dira. Bigarren zatian ordez, zentruan jasan ditugun emaitzak aztertuz.

A) Orientabide Errealitatean: antolakuntza, disenua, garapena, ebaluaketa eta teoria:

1- Hasieratik Orientabidea Errealitatean(O.E.) era honetan ulertu behar dugu:

1.1.- Tratamenduan dagoen pertsonaren buru funtzioak mantendu

eta berrabiltzeko erabiliko den sendabide edo teknika terapeutiko bat.

1.2.- Prebentzio plan bat bezalakoa.

1.3.- Halaber plangintzaren lehen fase honek experimentalki baieztatatu beharko luke era honetako plangintzak zuzendurik dagoen biztanleriaren ezaugarrientzat egokiak direla.

2- O.E., nahasketa, orientazio eza, oroimen galtzea, pertsona nahiz objektuen ezagutze arazoak, etab., oro har zahartzaroko zorotasunekin zerikusia duten arazoak tratatzeko metodo bat da, hutsuneak dituzten gune hauei buruz oinarritzko informazioa behin eta berriz emanez, pertsonen arteko komunikazio egokia lortzeko bideak urratuz, komunikazio eta elkarrekintzarako bitarteko eraginkorrak lortuz (batez ere, kontutan izan da gehienetan ez dutela inolako bitartekorik), eta informazio guzti hau jokoan bidez landuz, beraiek atsegin duten era batetan.

Tratamendua jasan behar duten pertsonen ahalmen mailaren arabera(ez dugu hainbeste arreta jartzen gutxitutako

ahalmenetan, dituzten gaitasun, trebetasun eta posibilitateetan baizik) moldatzen da teknika ahalmen hauen garapenari dagozkion helburuak lortzeko. Era honetan landuz: adimena eta ezagutze mintzatze gaitasun maila altu duten pertsonengan, bermotibazioa, komunikazio gehikuntza, e.a., edo leku demborarekiko orientazioa zehatza landu.

Beste pertsona batzuegan, pertsonak ezberdindu eta identifikatzeko gaitasuna garatu edota zentzumenen lantzea ahalmenik gutxien dutenentzat.

3- Hemen aurkezten dugun programa zenbait urratsetan antola dezakegu:

3.1. Lehengo urratsa: O.E. taldeak.

Talde egoera finko edo estrukturatu batetan O.E.-k dituen helburuak lantzen dira. Fase honen helburua diseinatutako programak ea bere helburuak betetzen dituen eta ea baliogarria den frogatzea da. Horrexegaitik, experimental gisa landu da. Hau da, talde experimental eta kontrol taldeekin. Ebaluaketa tratamendu aurreko eta ostekoa izanik.

Experimental taldearekin lantzen den bitartean, neurketa edo kontrol taldeen aldagaiak finkoak mantenduz.

3.2.- Bigarren urratsa: O.E. taldeak.

Neurketa taldeei eta behar duen beste jendeari hedatzen zaio.

Ebaluaketa ez da neurketa taldeekin egiten, talde barruko tratamendu aurreko eta osteko batze baizik. Fase honetan interbentzio eta tratamenterako hainbat tekniken diseinua egin da, aldez aurretik landutako esperientzian oinarrituta gaitasun maila baxua eta beste zenbait ezaugarri dituen jendearentzat egoki eta eraginkorren diren tekinkak, hain zuzen.

3.3.- Hirugarren urratsa:

O.E. taldeez gain, Egoitzako lan talde osoa informatu, hezi eta parte hararazi beraien portaera eta harremanak programa barnean dagoen jendearekiko programa horrekin bat etor daitezten.

3.4.- Laugarren urratsa:

24 orduko O.E.-k zabaltzen du orain arte aipaturiko O.E. taldeak, giroa eta bitartekoak egitaratuz. Honek esan nahi du, sujetoak egun osoan zehar zehar jasatzen

dituen estimuloak estrukturatuak daudela orientakorrak izan daitezten. Hau da, beraien mundua murriztu eta estrukturatuak sujetoek haien munduarekiko kontrola gehitu egiten dugu.

4- O.E. deituriko programa martxan jartzeko urrats hauek eman dira:

4.1.- Ikerketa eta lehenengo disenua.

4.2.- Interbentzio eta laguntza premian daudela uste den biztanlegoarekin harremanetan jarri.

4.3.- Honako erizpide hauek kontutan izanik arrizki taldea osatu:

- Orientazio ezaren jokabideak.
- Zenbait jokabide arazo (zoraldiak, depresioak, zahartzarako zortasuna, jaistaldiak).
- Erizaintzan dauden pertsonak.

Bi punto hauek aurrera eramateko dinamika interdisciplinar bat jarraitzea komenigarria da.

4.4.- Hemendik abiatuz O.E. programan sartzeko egongo liratekeen 25 pertsonaz osatutako talde bat eratzen da.

4.5.- Profesional ezberdinen arteko eztabaida.

4.6.- Egitarauaren disenua eta plangintza osatzea.

4.7.- Arrizki taldearen ebaluaketa. Diagnosi eta balorazioa eginez, neurketa eta experimental taldeen diseinua.

4.8.- Interbentzioa talde experimentaleen gain, neurketa taldearen aldagaiak finkoak mantenduz.

4.9.- Programaketa, jarraipena, saioen azterketa e.a.

4.10.- Tratamendu osteko ebaluaketa. (Aurreko ebaluaketa bezalako izan behar delarik)

4.11.- Emaitzen azterketa eta diagnostikoa. Tratamendu aurreko eta osteko emaitzen analisi eta konparaketa.

4.12.- Emaitzei buruzko informazio zabalkundea. Bai taldeetan

daudenei, bai programan zehar parte hartu duten profesional eta langile guztioi, bai beste profesionalei.

Datorren fasearekin impletazioa.

5- Ebaluaketa:

Ondorengo frogetan oinarritutako elkarrizketa egituratu baten bidez egin da:

- MMS (Mini Mental State) Folsteinena, adimen funtzioak neurtzeko.
- EOR (Orientabide Errealitate eskala).
- COR (Orientabide Errealitate galdeketa).
- HOLDEN (Komunikazio eskala).
- BRS (Portaera Eskala).

Neurtutako faktore guztiekin banakako fitxa diseinatu zen: norbanakako identifikazioa, orientazioa, norbere buruaren berrezagutza, objetuen ezaupidea; fitxa hau programa egiterakoan eta demboran zehar konparaketak egiterakoan balioagariak delarik.

Ebaluatutako arloak:

Norbanakako identifikazioa, leku denborarekiko orientazioa, norbere buruaren berrezagutza, objetuen ezaupidea, aginduak betetzea, imitazio eta ikaskuntza, kalkuloa, koordinaketa, esku trabetasunaren garapena, oroimen finkotasuna, kontzentrazioa, oroimena, hizkera eta eraketa, elkarrizketa, errealitatearen ezaguera, komunikazioa.

6- Talde diseinua:

Neurtutako arloetan agertutako gaitasun mailaren arabera osatu ziren taldeak, era honetan:

- Talde experimental aurreratua (T.A.)
- Neurketa Talde aurreratua.
- Talde experimental standarra (T.S.)
- Neurketa Talde standarra
- Oinarritzko talde experimental (O.T.)
- Oinarritzko neurketa taldea.

Erabilitako zatiketa puntuak hauek izan ziren:

- EOR: 5/20; 10/20
- MMS: 14/35; 20/35
- COR: 60/100; 75/100
- HOLDEN: 15/48; 25/48
- BRS: 13/30; 20/30.

7- Saioaren oinarritzko eskema honako hau da:

7.1.- Agurra eta hizketaldi informala.

7.2.- Begirale eta partaideen aurkezpena, landu beharreko ekintzaren eta lekuaren aurkezpena.

7.3.- Orientabidea: denborazkoa, lekuzkoa.

7.4.- Landu beharreko ekintzarako egokiak diran jolasak.

7.5.- Orientabide jarraibideak.

7.6.- Agurra eta hurrengo saioari buruzko informazioa.

Oinarritzko eskema hau talde bakoitzaren gaitasun eta beharretara egokitzen da; era honetan, O.T.-n batez ere leku-denborazko oinarritzko informazioaren errepikapena, egunaroko bizitzan egindako ekintzen errepikapena (gosaria, garbiketa, pertsonen arteko harremanak,...), eta egunero erabilitako eta arruntak diren objetuen berrezagutza lantzen dira.

S.T. orientazioa lantzeko egokiena izango litzateke, horretarako egokienak diren ekintza eta materialak erabiliz. A.T. taldearekin batera, bai orientazioa bai arreta, perzepzioa, gizarteratzea, e.a., lantzen dira, elkarrizketen bidez, taldeko ekintza ludikoen bitartez, familiari buruzko komentarioen bidez,...

8- Material ezberdinak erabiltzen dira: jokoak, pelotak, irudi geometrikoak, musika tresnak, egunkariak, aldizkariak, eguneroko tresneriak, e.a.

Baita ere talde eta pertsonen arabera, gorputz eskema, albotasuna eta zentzumenen susperketa lantzea egokia deritzogu.

Oinarritzko taldea

- Oinarritzko informazio zahatza.
- Norbanakako identifikazioa eta objetuen ezaupidea.
- Zentzumenezko estimulazioa.
- Eguneroko ekintzak.

Talde standarra

- Orientazioa.
- Identifikazioa.
- Arreta, perzepzioa.
- Gizarte integrazioa.

Talde aurreratua

- Orientazioa.
- Arreta, perzeptzioa.
- Bermotibazioa.
- Bestearekiko harremanak.

9.- Norbanakako identifidazioa, taldearen indartzea eta komunikazioa garrantzi handikoa izan dira fase honetan, jendea harremanak izatera eta taldean egotera ohitu dadin, batez ere, kontutan izanda era honetako erakundeetan harremanak izateari ez zaiola garrantzi handirik ematen.

10.- Bideo grabaketa etorrera eta partaidetzaren gogogarrri edo errefortzu gisa eta feedback bezala erabili daiteke.

11.- Kontutan izatekoa da zenbait pertsona, ezagutzazko funtzioak narraituta izateaz gain, aldaketa fisiko, psikiko eta zentzumenezkoak ere badituztela, areagotuz egitarauaren garapenerako zailtasunak, baina hala eta guztiz, pertsona hauek programan sartzea ala ez erabaki behar da.

B) O.E.-ek azterketa praktikoa:

Artikulo honetan aurkezten dugun programa, aurrera eraman izan da, 1991ko Otsailetatik Uztaila-arte, lehenengo urratsa bete izan delarik. Gaur egun, aipatutako bigarren fasean aurkituz.

Lehenengo fasea burutzeko 25 pertsona osatutako arriski talde batekin garatu da. Astean hiru ordu beteko saioak eginez, orokorrean 45 saio osatu dira. Taldeen osaketa desberdina izan da, neurtutako arloetan agertutako gaitasun mailaren arabera T.A.-n zazpi pertsona, T.S.-n bost pertsona eta O.T.-n hiru pertsona.

1.- Emaizak:

1.1. Lehenengo grafikan ikusten den bezala, T.A.-ren puntuaketa gehitu egin da COR, EOR eta MMS-

en, T.A. kontrolaren puntuaketa gaur egun Otsaila baino txarragoa izanik. HOLDEN frogan, bi taldeak (bai kontrola, bai experimentalak) puntuazio txarragoa eman dute. Dena den, talde kontrolan diferentzi nabarmenagoa delarik.

BRS-en talde experimentalak puntuazio txarragoak ateratzen ditu, aldiz, talde kontrolak dituen puntuazioak hobeagoak izanik.

1.2. Talde Standarretan, froga guztietan BRS ezik, talde ezperimentalean lortu diren emaitzak positiboak izan dira, kontrol taldearenak ezezkorrak direlarik. Bigarren grafikan ikus daiteke.

1.3. Oinarrizko taldeetan, EOR eta MMS-en talde experimentalak igo egiten ditu bere puntuazioak, kontrola gutxiago edo berdina geratuz. COR, HOLDEN eta BRS-en bi taldeak puntuaketa txarragoak ematen ditu.

Aurkezten diren emaitzak, taldeen batezbesteko puntuaketareen bidez egin dira. Honetaz gain, zenbait berezitasun aurki daitezke bai sujetoen artean, bai ebaluatutako arloetan.

2.- Ondorioak:

Programa honetako lehenengo fasearen aplikazioaren ondorioak baiezkortzat hartzen dugu, bai emaitza objetiboak, bai beste eguneroko bizitzan aurki daitezkeen ikusirik.

Aurkezten dugunak sei hilabetetan lortu dira; dena den, gure ustetan, teknika honek eman ditzakeen ondorioak epe luzeago batetan oinarritu egiten dira.

José Javier Yanguas Lezaun
Francisco Javier Leturia Arrazola

LA COORDINACION EN EL CAMPO DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS: TENDENCIAS ACTUALES

CONSIDERACIONES GENERALES

Durante siglos y hasta hace no muchos años, los auténticos protagonistas del consumo de drogas fueron las llamadas drogas lícitas o legales, obviamente el alcohol y el tabaco. Aunque todavía en la actualidad su papel es preponderante, resulta inevitable recordar que desde la década de los 70, los países occidentales han tenido que hacer frente además a un fenómeno hasta entonces bastante limitado: el del consumo de drogas ilegales. Por aquellos años, su repentina y veloz extensión cogió a las administraciones europeas por sorpresa y, cuando quisieron darse cuenta, advirtieron que las más diversas drogas circulaban con suma facilidad, inundando todas las capas sociales y todos los sectores de la población, incluidos, por supuesto, los más vulnerables.

Semejante panorama obligó a considerar la necesidad de responder rápidamente a tan inquietante problema, adoptando medidas urgentes dirigidas a interrumpir el tráfico, retirar las drogas del mercado, reducir el consumo, y rehabilitar física, psíquica y socialmente a todos los que se habían visto afectados por sus efectos. Los primeros pasos fueron por lo tanto, como ocurre casi siempre con las políticas sanitarias y sociales, de

tipo restaurador o rehabilitador. Cubierta la urgencia, se empezó poco a poco a contemplar la conveniencia de adoptar también una serie de medidas preventivas que disuadieran del consumo, y así se llevaron a cabo no pocas campañas específicas de prevención contra el tabaco, el alcohol, la heroína, la cocaína, etc.

La limitada eficacia de estas intervenciones, reflejada en la persistencia e incluso en la agravación del fenómeno en los últimos diez años, ha llevado a la sociedad y sobre todo a la acción gubernamental a cambiar su actitud y a modificar el rumbo de sus actuaciones. Constatadas además, por un lado la íntima relación entre el consumo y la vida social y emocional de los individuos, y por otro, la no menos estrecha relación entre el consumo de drogas ilegales y el de drogas legales, parecía lógico que se empezara a abordar el problema en su globalidad, aceptando que la única forma eficaz de combatir el fenómeno es, lamentablemente, la más larga y lenta de todas las imaginables puesto que consiste en modificar el comportamiento social, en conseguir un cambio progresivo en el modo de vida.

Para la consecución de este objetivo, no todos los países han recurrido a los mismos instrumentos.

Algunos, como Dinamarca, Francia, Holanda, Inglaterra y Gales, Italia o Suecia, mostrando una actitud coherente con el planteamiento que se acaba de exponer, han optado por el desarrollo de políticas globales de intervención sirviéndose, por un lado, de la educación para la salud (potenciación de una vida sana y equilibrada, introducción de una asignatura de educación sanitaria en el programa escolar, adopción de acciones tendentes a favorecer el consumo de bebidas no alcohólicas), y, por otro, de una serie de medidas preventivas de carácter estructural (mejora de las condiciones de vida y del nivel de ingresos de las categorías más desfavorecidas de la población, medidas para combatir el paro de los jóvenes, interdicción legal de cualquier publicidad que favorezca el consumo de tabaco o de bebidas alcohólicas, sanciones severas contra los traficantes de droga, promoción de los grupos de autoayuda, etc.).

Otros países en cambio, debido a su desarrollo histórico, a las costumbres propias de su cultura, a sus intereses económicos, a su peculiar sistema de salud pública, al menor grado de institucionalización de la educación para la salud, o al orden de prioridades sanitarias establecidas a nivel nacional, no se han acogido a un tratamiento integral del problema y han preferido desarrollar bien una política ad hoc, bien un modelo en el que la pluralidad de medidas ve fatalmente reducida su eficacia por la falta de coordinación entre los diversos sectores que intervienen en su aplicación.

Hoy por hoy, no parecen existir dudas acerca de la superioridad del primero de los modelos. En él, los esfuerzos por combatir el consumo de las drogas, legales o ilegales, forman parte integrante de una política sanitaria general, que no puede llevarse a cabo únicamente desde los servicios sanitarios tradicionales sino que, por el contrario, constituye una tarea común, compleja, de carácter pluridisciplinar, que exige la colaboración y la intervención coordinada de distintos actores y de diversas medidas. Algunas de las intervenciones más habituales en este contexto son las siguientes:

- Medidas de información para la salud, cuyo objetivo fundamental consiste en potenciar un modo de vida sano, intentando para lograrlo ejercer cierta influencia en las acti-

tudes y en los valores mediante una concienciación de las consecuencias sociales, fisiológicas y psicológicas asociadas al consumo de drogas. En su consecución deben intervenir las escuelas, los centros culturales, los organizadores de actividades de ocio, los medios de comunicación, etc.

- Medidas legislativas penales y económicas, consistentes básicamente en prohibir la publicidad del tabaco, del alcohol o de otras drogas, obligar a reseñar los efectos nocivos del tabaco en cada paquete de cigarrillos, someter estos productos a impuestos elevados que aumentan su coste y disuaden de su consumo, subvencionar la producción y la publicidad de bebidas no alcohólicas, etc.
- Medidas de apoyo a las organizaciones de voluntariado para fomentar la organización de campañas de información y de educación sanitaria, de actividades culturales y recreativas, etc.
- Medidas tendentes a mejorar la situación socioeconómica de las categorías más desfavorecidas de la población, luchando contra el paro de los jóvenes, facilitando su acceso a una vivienda digna, etc.

La intervención coordinada de este conjunto de medidas se organiza, en la mayoría de los países, a distintos niveles: el nacional —estableciéndose un plan global de intervención en cuya elaboración participan los distintos ministerios afectados: Sanidad, Educación, Economía, Hacienda, Trabajo, Juventud, Justicia, etc.—, el regional, y el local!. La mayoría de los estudiosos parecen coincidir en señalar que, aún siendo todos los niveles interdependientes, el buen funcionamiento del órgano de coordinación a nivel local es quizá el más determinante de la eficacia de las intervenciones, debido fundamentalmente a que de él depende la adecuación del conjunto de las medidas adoptadas a los recursos y a las necesidades particulares de cada una de las localidades.

Llegados a este punto de la exposición, y con la esperanza de ilustrar así lo dicho hasta el momento, se ha considerado oportuno proceder a continuación a la descripción de un modelo concreto de co-

ordinación, eligiéndose el sistema vigente en Inglaterra y Gales, por tratarse de uno de los más analizados y criticados en la literatura existente sobre esta materia.

LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE DROGODEPENDENCIAS: BREVES COMENTARIOS SOBRE EL SISTEMA VIGENTE EN INGLATERRA Y GALES.

Ya en la década de los 70, el gobierno central exigió a las administraciones locales sanitarias y sociales que establecieran las bases para una intervención conjunta en la planificación de diversos servicios locales, y así fue cómo en 1.976 se crearon los Comités Conjuntos de Asesoramiento ("Joint Consultative Committees - JCC") en los que intervenían representantes del sector sanitario, de los servicios sociales, de los educativos, y de las organizaciones voluntarias. Un año después, estos comités, con funciones de carácter más consultivas que ejecutivas, se vieron reforzados por la creación de los Equipos de Planificación Conjunta de la Atención ("Joint Care Planning teams") que tenían competencias ejecutivas y disponían, a través del Ministerio de Sanidad, de medidas financieras para lanzar proyectos conjuntos.

Paralelamente a este nuevo énfasis en favor de la intervención coordinada, se fue desarrollando, como se ha visto en páginas anteriores, una nueva actitud frente al problema, de las drogas, pasándose a considerar que el mismo requería algo más que una respuesta exclusivamente sanitaria. Esta evolución, unida a un considerable incremento en el consumo a principios de la década del los 80, llevó al Consejo Asesor sobre Drogodependencias ("Advisory Council on the Misuse of Drugs - ACMD") a proponer la creación, de una serie de Comités Asesores sobre Drogodependencias ("Drug Advisory Council"), a nivel regional y de distrito. En un principio, sus funciones de asesoramiento y de coordinación se centraron en los servicios de tratamiento y de rehabilitación. Muy pronto, sin embargo —en 1.984— se consideró la necesidad de extender las competencias de coordinación de los comités establecidos a nivel local al ámbito de la prevención. El Consejo Asesor sobre Drogodependencias propuso que, en un plazo de 3 años, se estableciera un Comité Asesor sobre

Drogodependencias en cada uno de los distritos y que contaran para su funcionamiento con una partida presupuestaria que les fuera específicamente destinada.

Sus funciones, conforme a dichas recomendaciones, iban a ser las siguientes:

- a) El control de la prevalencia del consumo de drogas en los distritos, sirviéndose para ello de los datos aportados por los distintos organismos intervinientes en su composición.
- b) La evaluación de la eficacia de los servicios existentes y de su adecuación a las necesidades locales.
- c) La propuesta y la valoración de propuestas de cara a la mejora de los servicios.
- d) La planificación de las actuaciones de los distintos órganos y servicios involucrados en la prevención y en el tratamiento de las drogodependencias.
- e) La valoración de la necesidad de formar y de informar a la población y al personal de los servicios, y la potenciación de los programas que se elaboren en este sentido.
- f) La coordinación de su propia actuación con la de los comités de otros distritos, así como con la de los órganos establecidos a nivel regional y nacional.

Para llevar a cabo las funciones mencionadas, el Consejo Asesor sobre Drogodependencias propuso inicialmente que los comités de distrito estuvieran compuestos por los siguientes miembros:

- Representantes de la Administración Sanitaria:
 - El Director de Salud Pública
 - Un médico generalista nombrado por el comité médico local
 - Un farmacéutico nombrado por el comité farmacéutico local
 - El Director de los servicios de "nursing", responsable de los servicios de atención comunitaria

- Un representante del Departamento de Educación para la Salud
- Representantes de la Administración Local:
 - El Director de Servicios Sociales
 - El Director del Departamento de Educación
 - El Director del Departamento de Vivienda
 - Un representante de los Servicios de Juventud
- Otros representantes:
 - Un representante de la Policía
 - Un representante de los servicios de "Probation"
 - Representantes de los centros de rehabilitación
 - Representantes de las organizaciones voluntarias

Quando en 1.984 se ampliaron las competencias de los comités al ámbito de la prevención, se propuso que en su composición intervinieran igualmente, aunque fuera de forma ocasional:

- Un profesor de enseñanza primaria
- Un profesor de enseñanza secundaria
- El director de una escuela de enseñanza superior
- Representantes de la Universidad
- Representantes de la industria y del comercio

Una estructura de estas características parecía cumplir todas las premisas necesarias para enfrentarse y, sobre todo, para vencer el reto de la coordinación de los servicios existentes en el ámbito de las drogodependencias, y ello tanto a nivel de prevención como a nivel de tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, no ha sido así. Cierto es que los comités se han implantado en todo el territorio, pero también es verdad que existen muchas disparidades entre unas zonas y otras. Y no sólo eso. Son muy pocos los que han conseguido funcionar tal y como lo había

propuesto el Consejo Asesor sobre Drogodependencias:

- No cumplen las pautas de composición recomendadas, constatándose un claro predominio de los representantes del sector sanitario sobre el resto de los integrantes.
- El nivel de participación de los miembros en las reuniones de los comités es muy irregular.
- Existen fuertes rivalidades entre los distintos sectores intervinientes.
- Los servicios de apoyo administrativo son, por lo general, muy insuficientes.
- Las partidas presupuestarias que, en principio, debían serles destinadas, no siempre lo son.
- Los miembros intervinientes por parte de unos y otros sectores (Educación, Sanidad, Vivienda,...) no siempre ocupan el mismo puesto dentro de la jerarquía del sector que representan. Esto, si bien presenta la ventaja de garantizar la participación en los comités tanto de gerentes o administradores como de profesionales que intervienen directamente en las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, presenta también el inconveniente de que los acuerdos adoptados no obligan en el mismo grado a los distintos órganos representados.
- Por último, y para terminar de complicar la situación, la legislación en el campo de las drogodependencias evoluciona con mucha rapidez y resulta difícil readaptar constantemente el funcionamiento de los comités.

Este conjunto de disfunciones ha determinado que su labor no haya sido todo lo eficaz que era de esperar. Han servido desde luego, —todos los intervinientes coinciden en reconocerlo— como foro de intercambio de información, pero la mayoría no han logrado los objetivos de coordinación que se habían propuesto.

Tan poco favorables resultados han llevado a que, en el momento presente y en marco de las reformas legislativas que afectan a los servicios sanitarios y de atención comunitaria, no se sepa con

exactitud cuál es el futuro que se les reserva a los Comités de Asesoramiento sobre Drogodependencias. Lo probable es que se mantengan y que conserven las competencias que les habían sido asignadas, pero también parece inevitable que, de cara a la consecución de los objetivos que les son propios, deban introducir una serie de mejoras en su funcionamiento. A tales efectos, resulta indispensable que se amplíe la participación de las organizaciones voluntarias, de grupos de autoayuda, de los servicios sociales, de los educativos, de los de vivienda, etc., a fin de restablecer el equilibrio en la composición de los comités y de evitar el predominio del sector sanitario. Conviene además que, en representación de cada uno de los sectores involucrados, acudan tanto administradores o gerentes como profesionales de intervención directa, lo que permitirá simultáneamente mantener la pluralidad de los puntos de vista a la hora de adoptar los acuerdos y evitar los problemas originados por las diferencias jerárquicas de los miembros. En cuanto a la estructura de funcionamiento, además de dotar a los comités de los servicios de apoyo necesarios (personal administrativo, locales adecuados, recursos económicos, cursos de formación, etc.) —necesidad que nadie discute—, algunos debaten la conveniencia o no de nombrar a un presidente cuya existencia iría principalmente destinada

a superar los conflictos que pudieran surgir entre los diversos intervinientes.

Añadir por último que, para alcanzar los resultados deseados, no bastará simplemente con mejorar el funcionamiento administrativo y conseguir la formación de comités plurales y dinámicos, que se reúnan con regularidad y discutan el orden del día previsto, sino que también será necesario lograr que los acuerdos adoptados se apliquen con eficacia y alcancen sus objetivos de prevención. A tales efectos, parece ineludible que los comités desarrollen una serie de indicadores de valoración del grado de adecuación y de eficacia de las intervenciones con relación a las necesidades de la población, y que regularmente evalúen los resultados obtenidos.

Aunque puedan parecer numerosos, importantes y complicados, la introducción de todos estos cambios y mejoras es posible, como lo demuestran los excelentes resultados obtenidos por algunos comités que hasta ahora han constituido la excepción. Probablemente, dichas modificaciones deban venir de la mano de las directrices emitidas por las propias administraciones locales, ya que las tendencias político-administrativas actuales no predisponen a esperar que el funcionamiento de estas estructuras se regule a nivel nacional.

Helena Sotelo

REFLEXIONES EN TORNO A ALGUNOS ASPECTOS DE LA ADMISION EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Puestos a rastrear en la historia de las admisiones en residencias de ancianos nos encontramos con la necesidad de remontarnos a la historia asilar. Los asilos, no nos avergoncemos, son los antecedentes de nuestras residencias, y a pesar de los cambios realizados en ellos, más externos que reales, su evolución es lenta, pesada y difícil.

Estas instituciones, quizá para no pasar por el sufrimiento que supone una auténtica metamorfosis, evocando a Gregorio Samsa, se han centrado en aspectos de imagen, de arquitectura y tal vez en tímidas intrusiones por parte de la administración para regular de una manera más teórica que práctica las mínimas condiciones que deben cumplir los centros para recibir subvenciones públicas.

En la mayoría de las casas de beneficencia anteriores al s. XIX se admitían...[^] aquellos pobres que pidan socorro"... "los que no tuvieren casa ni bienes y mendicaren"... Ya durante el siglo pasado la atención asilar comienza a circunscribirse a los vecinos del municipio o a grupos determinados en función de su situación y necesidad. Por la escasa permeabilidad social de la época y las pocas posibilidades de integración social estas personas envejecían en las instituciones y progresivamente han ido dando paso a

una conversión natural de éstas en residencias de ancianos.

Con la consolidación de los Servicios Sociales, llamados de forma más ambiciosa y reciente Bienestar Social, en las últimas dos décadas nacen residencias del Sistema Público de Seguridad Social con gestión directa de la administración. La admisión es restrictiva al colectivo de pensionistas.

Si bien actualmente el proceso de normativización de la acreditación de Centros residenciales es cauteloso y vacilante en su aplicación aunque muchas comunidades autónomas ya lo han regulado, el marco normativo para el desarrollo de los reglamentos internos de las residencias que incluyan la admisión de residentes es prácticamente inexistente.

De hecho, nos encontramos con articulados en estatutos vigentes todavía como el que reza: "Cuando algún necesitado pida ser admitido en la Casa, la Junta Directiva se informará de las circunstancias del solicitante antes de su admisión. Hará las diligencias necesarias para saber si tiene bienes, pensiones o ayudas, y si así fuera, debe ingresar con cuanto posea donando todos sus bienes a la Santa Casa de Misericordia.

Este quizá sea un extremo de los muchos ejemplos leídos en los estatutos y reglamentos de admisión donde también los capítulos dedicados a sanciones y faltas son los más prolongados. El factor común omnipresente son las exigencias, requisitos y deberes del futuro residente, sin que ni siquiera en la letra pequeña se pueda entrever donde queda la responsabilidad de ofrecer buenos servicios por parte de la institución.

La admisión siempre presupone una solicitud de entrada suscrita por el interesado —todavía se encuentran muchas firmadas por personas ajenas al residente— donde el objetivo final del documento está muy desdibujado, ignorando el solicitante si lo que desea es que le den una subvención por la diferencia hasta el coste que no puede pagar o que le soluciones su problema de alojamiento.

Junto a la solicitud, en otros países europeos prevalece la figura del contrato, documento que nosotros conocemos mejor por el sector privado. Aunque en este documento los honorarios a pagar, los servicios extras y el posible aumento de tarifas son los supuestos más relevantes, en la obligación contractual se incluyen otras responsabilidades por parte de la institución, la reserva en caso de ausencia, los seguros y la cobertura de servicios que ofrece el Centro, las reclamaciones, el procedimiento a seguir en caso de fallecimiento y las actuaciones en relación con la independencia en los actos testamentarios y administración de bienes en caso de incapacidad.

Algunas residencias incluyen entre los documentos de admisión la llamada expresión de voluntades, que sustituye en la práctica al testamento, basándose quizá en la responsabilidad civil que les otorga la LEC —art. 959 a 976— ..."cuando no existe testamento, ni cónyuge, el dueño de la habitación en que ocurra el fallecimiento...tendrá el deber de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial, siendo responsable de las pérdidas o extravíos..."

Además de los aspectos pecuniarios que como en casi todo prevalecen sobre otros, en general, la mayoría de los contratos, en esto los ingleses son especialmente sensibles, incluyen la defensa del espacio privado del residente en las interferencias de la siempre difícil conviven-

cia. (Si fuma, si bebe, animales de compañía, religión que practica, etc.).

En definitiva los contratos regulan e igualan en importancia los derechos y los deberes de los residentes, aspecto éste que en las solicitudes queda muy difuminado además de dejar al solicitante en inferioridad de condiciones respecto a la institución, ya que bastante consigue si le admiten después de sufrir el follón del papeleo y padecer el calvario de las listas de espera.

FACTORES QUE INCIDEN EN LAS LISTAS DE ESPERA

Es un hecho, que las listas de espera más engrosadas, además de corresponder a residencias emplazadas en municipios con déficit de plazas, están en aquellas que son más económicas y que los precios para el residente son bastante inferiores a los costes. Ya que la primera causa sería objeto de un estudio sobre las diferencias entre la planificación teórica y la construcción real de plazas más que de unas reflexiones sobre la admisión, nos parece necesario llamar la atención sobre este segundo aspecto.

La fijación de un precio público en servicios sociales, basándose en la ley que así lo determina y en razones cercanas, un precio más político que público supone alejarse de los costes reales, naturalmente por debajo de éstos, distorsionando los precios del sector público y el sector privado exageradamente. Esta determinación falseada hace que las residencias que mantienen precios públicos sean muy deficitarias.

Ante este problema, las administraciones y fundaciones, aunque éstas no tengan precios públicos sí tienen precios sociales, mantienen dos tendencias: la primera trata de cubrir los déficits generados con medios propios patrimoniales, ya bastante mermados o con recursos públicos, ya sean directos o subvenciones.

La segunda tendencia olvida tácitamente la necesidad de mantener unos precios públicos y financia los costes de manera paritaria entre residentes y administraciones. Aunque pudiera parecer que los resultados son los mismos, hay diferencia de matices, que hacen que esta segunda opción sea más realista y más grava para el residente que la primera.

En nuestra Comunidad Autónoma no existe una tendencia única. En Alava, se aprueban precios públicos para sus centros dependientes del Instituto Foral de Bienestar Social. Bizkaia, con una tendencia más europea regula mediante decreto foral ayudas económicas con un coste teórico máximo, decreto que también incluye, aunque más tímidamente que otras Comunidades como Asturias, el reconocimiento de deuda.

Diferenciándose también de las anteriores en Gipuzkoa son las residencias municipales o las fundaciones titulares de estas quienes tienen sus propios criterios de admisión. Las condiciones económicas que predominan se enmarcan en la segunda tendencia que antes se señalaba de compartir la financiación entre residentes y administración, aportando aquellos un 75% de sus ingresos y el resto las administraciones locales.

Las condiciones de admisión en residencias públicas, no siempre publicadas con la difusión necesaria y prescriptiva en cualquier asunto de interés público, en general no incluyen los costes reales y esto quizá sea lo que más les diferencia de las residencias privadas, donde los honorarios a pagar por el coste real de estancia es lo primero que suscribe el residente.

Más difícil y laborioso es tratar de ver qué ocurre al otro lado de nuestras fronteras, trabajo que dejamos para otras manos más expertas, pero en la mayoría de los países que mantienen un sistema público de servicios sociales, Francia, Gran Bretaña, se inclinan a desarrollar complejos planes de ayudas en función de las necesidades de los residentes evitando la gestión directa de las residencias por parte de la administración.

Otras Comunidades Autónomas han tratado últimamente de mantener fórmulas mixtas. Asturias, por ejemplo, completa la solicitud de ingreso en residencias, además de los consabidos informes médicos y declaraciones juradas, con un contrato bilateral entre el Principado y el futuro residente en el que se acuerdan las condiciones económicas del ingreso, incluyendo en el documento el reconocimiento de la posible deuda que se genera entre el residente y la administración por la diferencia entre lo que se compromete a abonar el residente y el coste real.

RECONOCIMIENTO DE DEUDA

La "necesidad de regular el reconocimiento de deuda" es seguramente una muletilla que oímos muy a menudo en los lugares donde la administración se ocupa de las personas mayores. Se oye en los congresos, en las reuniones, a los técnicos y a los responsables de las residencias públicas. Incluso está recogida en el Plan Gerontológico de Euskadi.

El reconocimiento de deuda es una obligación jurídica —establecida de diferentes formas por parte de la administración— que el residente consiente en el momento de su solicitud de entrada en el Centro, reconociendo la existencia de una diferencia entre el coste real de la plaza y lo que el aporta y comprometiéndose a saldar la deuda con cargo a su patrimonio.

Fuentes Nogales en su extenso trabajo sobre el reconocimiento de deuda estima que esta figura jurídica debería incluirse dentro del conjunto de medidas que tienden a mejorar la asistencia integral del anciano.

Sin tratar de defender a ultranza esta opción sobre las demás, pero hartos de oír a detractores de ésta y de muchas otras cuestiones sobre las que no han dedicado más de dos minutos de su estresado tiempo, sí nos parece que merece la pena dedicarle algunas líneas de estas reflexiones.

El trabajo de Fuentes Nogales señala el Reconocimiento de deuda como aquella obligación que trataría de restablecer un equilibrio patrimonial, entendiéndolo "que no es de justicia que si una persona tiene capacidad para ello, tanto en rentas como en bienes, deba ser la administración, es decir todos, quien amorticen con fondos públicos unos gastos que habrían de ser costeados por el usuario del servicio. La filosofía que subyace en la política asistencial es la de subvenir a las necesidades de los que carecen de posibilidades para su mantenimiento dentro de unas condiciones dignas."

Apoyando esta interpretación, creemos que se debe tratar de perfilar nítidamente la confusa concepción actual de la universalidad de los servicios sociales. De acuerdo en que todo el mundo que lo desee tenga acceso a ellos, pero sólo para aquellos que lo necesiten sería para aquellos para los que el Estado fuera subsidiario, si nos apoyamos en el principio social de redistribución de la riqueza.

Entre las personas mayores constatamos, que el patrimonio aumenta con la edad en proporción inversa a los ingresos y puede suceder que una persona que cuente con rentas bajas tenga un patrimonio considerable, no pudiéndose incluir en el grupo de los más necesitados. Después de estudiar la viabilidad técnica del reconocimiento de deuda, Fuentes Nogales analiza la visión de aquellos que ven el reconocimiento de deuda como un ataque a la institución de la herencia. A los ignorantes de leyes civiles nos sorprende todavía constatar que el testamento y la herencia son uno de los más importantes pilares del Derecho Civil: el testamento es el único documento que para elevarlo a público necesita de testigos, condición que ni siquiera el matrimonio exige en determinadas condiciones...

La creencia fantástica de que el reconocimiento de deuda despoja de todos los bienes honestamente ahorrados durante una vida de trabajo, sudor y lágrimas, como hace poco tiempo oía yo a un director de centro poco documentado en el tema, como más tarde confesó, es bastante frecuente precisamente entre los indocumentados. Hay que señalar que hay otra visión más positiva y optimista, esta vez la defensa también la aporta otro director de residencia donde sí se realiza el reconocimiento de deuda.

En este centro se observa que el anciano que ingresa en una residencia sin desprenderse de su patrimonio, la situación contraria de transmisión en vida a los herederos antes de ingresar es bastante frecuente, mantiene con sus hijos una relación más igualitaria. La persona mayor todavía posee un patrimonio que le permite mantener una posición más ascendente sobre los hijos, situación que no ocurre cuando no hay nada que transmitir. En los casos en que la casa no se vende o enajena no existe ese despojo físico. Este es el principal objetivo que debe buscar el reconocimiento de deuda o cualquier otra figura jurídica con semejantes objetivos. Quizá sea la extrapolación de estas dos actitudes tan opuestas frente al reconocimiento de deuda la que nos haga pensar que es una forma poco natural para el consenso, como lo es en general todo lo que se defiende o ataca a capa y espada.

Nos gustaría citar además otra vía que recuerda al reconocimiento de deuda, más por la finalidad que persigue

buscando soluciones al alojamiento y a la calidad de vida de las personas mayores que por su semejanza formal.

Se trata de los contratos denominados de vivienda pensión, por los que, un miembro, normalmente de la denominada "tercera edad", cede la nula propiedad de un inmueble, correspondiente a su vivienda habitual, reservándose sobre el mismo un derecho de uso vitalicio —usufructo o habitación: art.467 y 524 del código civil— y recibiendo en contraprestación un derecho de renta vitalicia. Este contrato ha sido introducido en España por entidades de seguro y financieras como una forma más de colocación lucrativa de capitales y a pesar de ser mucho más drástico para los posibles herederos, ha sido menos criticado, tal vez por no ser la administración, siempre en el ojo del huracán, una de las partes contratantes.

PROBLEMA ESPECIFICO DE LA ADMISION: INCAPACIDAD

No vamos a referirnos a la incapacidad entendida comunmente como necesidad específica de cuidados que da lugar en las residencias a la creación de plazas asistidas con superiores cargas de trabajo sobre la población válida.

La incapacidad en la que queremos detenernos es propiamente la incapacitación jurídica de la persona o más precisamente las situaciones que suponen graves conflictos a las personas de su entorno, cuando los mayores comienzan a no poder gobernarse porque si lo hacen pueden causarse daño a si mismos.

Llegados a este punto también necesitamos hacer una acotación, aunque el lector no sienta las mismas urgencias le pedimos unas líneas de su tiempo, sobre la dureza de las palabras que debemos emplear cuando queremos dar significado a nuestros enunciados sobre la capacidad o incapacidad de las personas mayores. La frontera entre éstas es muy difícil de determinar en personas que han sido dueñas de su propia vida hasta la vejez.

Con el creciente incremento de las demencias seniles en las patologías de la vejez, también sería bueno pararnos a pensar ante esta evidencia y reflexionar, quizá la contradicción es permanente e innata en el hombre, sobre la prolifera-

ción actual de gimnasios para todos los gustos, musculares, pasivos, de aeróbic, ...El hombre actual poco previsor en asuntos no crematísticos, parece más preocupado por las futuras incapacidades físicas que por las síquicas, aunque las estadísticas estén demostrando continuamente que los problemas de enfermedades mentales van progresivamente en aumento.

Cuando nos enfrentamos al espinoso asunto de la incapacidad en personas mayores, lo hacemos con la sensación de rozar un asunto encarcelado en el tiempo, relegado socialmente a la dificultad jurídica que supone el largo camino de la incapacitación judicial.

Los reglamentos de admisión en residencias no recogen en profundidad las situaciones que se producen cuando un residente está incapacitado en la práctica, aunque no judicialmente, ya que esta situación es más común y también más delicada de abordar que en los casos que haya incapacitación legal, en donde se produce una asunción de responsabilidades por parte del tutor legal.

Manuel Fernandez Ramos, Senador por la Comunidad Autónoma Vasca, en su ponencia sobre "Derechos y Libertades del anciano en las Residencias de Tercera Edad" carga el acento en la responsabilidad que tienen los parientes, citando los artículos posiblemente menos perceptivos en la práctica del código civil, que aluden a la obligatoriedad de alimentos entre parientes. Las denuncias de la dejación de deberes entre parientes sólo puede ponerlas el agraviado o el Ministerio Fiscal.

Hay un vacío, por tanto, de las personas que han de actuar en caso de que se suponga una incapacidad mental. Y es la incapacidad mental la pieza clave de la libertad de elección del anciano en el momento de la admisión, más concretamente en el momento de firmar libre y voluntariamente la admisión. Cuantas veces nos encontramos con firmas ajenas a la voluntad del anciano..."es que está mal de la cabeza"... "ve muy mal"... "es que no sabe". Más tarde, al requerimiento del organismo correspondiente para que, cumpliendo la instrucción 3/90 del Fiscal General del Estado, el interesado firme voluntariamente la solicitud, la solución final es estampar la huella del anciano.

Este es un momento muy difícil de regular pues, aunque no están de más las instrucciones fiscales y legales, la regulación ideal consistiría en determinar el alto grado de sensibilidad y paciencia que tendría que tener el profesional receptor de la solicitud para darse cuenta de la voluntad real del acto, y en caso contrario y como último recurso aconsejar a los familiares más cercanos la incapacitación judicial, proceso largo y costoso pero con más garantías para la persona que el apresurado juicio familiar de "es que está un poco pirao".

Tratamos de defender la idea de que el anciano es mucho más que un sujeto u objeto de derecho, pero si se detectan intereses egoístas y manipulaciones graves de allegados, siempre tiene mayor interés para el anciano que exista una tutela legal contraria a esos intereses y manipulaciones.

También por eso deseamos que la incapacitación judicial sea un proceso delicado y difícil de dictaminar. Pensamos con Hellwing que "la declaración de incapacidad realizada sin motivo suficiente es la más grave lesión de la personalidad que en absoluto pueda imaginarse". No por delicado y difícil ha de ser largo y costoso como actualmente sucede, más por problemas de agilidad administrativa que de dificultad real. También a los jueces y fiscales implicados en la declaración de incapacitación, rogamos grandes dosis de sensibilidad para dictaminar que ésta siempre se haga buscando el bien del presunto incapaz.

BAREMOS SOCIALES Y ANTIGUEDAD

Superamos los requisitos de validez-invalidez y los económicos, un factor determinante para la admisión en las Residencias de Ancianos Públicas o subvencionadas son los baremos sociales que otorgan más o menos puntos a las situaciones de emergencia. Quizá sea este aspecto de la admisión el que haya sido más mimado por los responsables de admisiones, como se puede comprobar al reunir documentación sobre el tema: sobre la mesa aparecen baremos sociales más o menos complejos que por su multiplicidad serían objeto de una parada más larga.

Hemos preferido detenernos en algunos asuntos menos atendidos y tan importantes como la prioridad que otorgan los instrumentos de medida de urgencias sociales como son los baremos. La existencia de muchos baremos, casi uno por dependencia administrativa de los centros, hace que sean instrumentos que utilizan medidas muy diferentes unos de otros, aunque las variables de edad, situación económica, de vivienda y familiar estén contempladas en casi todos.

En contra de lo que pueda parecer a primera vista, los baremos más "complicados" son los que objetivan más las situaciones, siempre que cumplan el requisito imprescindible de ser metodológicamente sencillos de aplicar. Un baremo simple que no incluya diversidad se presta a que la valoración ya de por sí subjetiva, deje a la persona que lo aplique en situaciones confusas a resolver con voluntarismo.

De cualquier forma, la complejidad del baremo no tiene porqué complicar su utilización a la hora de aplicarlo. El problema real de este asunto son las situaciones de urgencia las que por el dramatismo con que se plantean invalidan todos los baremos. También es verdad, que la mayoría de las veces este viene dado por un aguante excesivo de situaciones límite familiares.

La segunda opción, ignorando baremos, trata de igualar todas las situaciones, diferenciándolas con el factor tiempo al dar prioridad solamente a la antigüedad en las listas de espera. Es una alternativa a primera vista más aséptica y objetiva pero que también tiene alguna desventaja, sobre todo en los casos en que la demanda de plazas es muy superior a la oferta y la espera se dilata en el tiempo. Son listas de espera elaboradas con solicitudes de "por si acaso", listas que en el momento del ingreso corren con una velocidad pasmosa ante los sorprendidos responsables de las admisiones que a menudo oyen la respuesta de "en este momento no nos interesa", "ha fallecido ya"...

Para ilustrar estas actitudes nos remitimos al concienzudo estudio de las listas de espera de la Residencia de Zorroaga suscrito por JJ.Calvo y otros y publicada por Zerbitzuan.

También es verdad que la actual generación que ingresa en residencias, si bien ha tenido que tragar el cambio de las composiciones familiares intergeneracionales, no ha digerido todavía que la única vía frente a la incapacidad y a la soledad de la vejez sea la institución.

Y a nosotros, a los un poco más jóvenes, también nos cuesta digerirlo.

Marian Aizpurua

RESEÑAS Y COMENTARIOS

AIPAMEN ETA IRAZKINAK

A NEW ERA FOR SOCIAL POLICY: A NEW ENLIGHTENMENT OR A NEW LEVIATHAN?
UNA NUEVA ERA DE POLITICA SOCIAL: ¿UNA NUEVA ILUSTRACION O UN NUEVO LEVIATAN?

GENDER, CLASS AND INCOME INEQUALITIES IN LATER LIFE
GENERO, KLASE ETA DIRUSARRERA-DESBERDINTASUNAK ADINEKOEN ARTEAN

HOSPITAL AT HOME. THE COMING REVOLUTION
HOSPITAL EN CASA. LA REVOLUCION EN CIERNES

HOWARD GLENNERSTER, ANIME POWER & TONY TRAVERS.

A NEW ERA FOR SOCIAL POLICY: A NEW ENLIGHTENMENT OR A NEW LEVIATHAN? Jnl.
Soc. Pol., vol. 20, n° 3, pp. 389-414

UNA NUEVA ERA DE POLITICA SOCIAL: ¿UNA NUEVA ILUSTRACION O UN NUEVO LEVIATAN?

En este artículo se analizan las repercusiones políticas de una legislación aprobada por el Parlamento Británico entre 1988 y 1990 (el Acta de Reforma de la Educación de 1988, el Acta de Vivienda de 1988, el Acta de Finanzas del Gobierno Local de 1988 y el Acta del Servicio Nacional de Salud y Asistencia Comunitaria de 1990) que suponen una ruptura decisiva en la política social británica desde el periodo 1944-1948. Tienen como elemento común la reducción del poder del gobierno local y el que las autoridades locales (AL) sean los proveedores principales de bienestar social fuera del sistema de seguridad social: las escuelas, viviendas y los servicios de asistencia social tendrán más poder para administrarse por sí mismos o para convertirse en organizaciones separadas y la AL deberá usar sus recursos para fundar y contratar agencias externas. Los autores se preguntan si existe una filosofía común en esta reforma que explique el cambio desde la política social inaugurada en los años 1944 y 1948. En aquella legislación las AL iban a ser los agentes de la reconstrucción social dirigidas por un gobierno central que estableció un marco estatutario claro y dio a los ayuntamientos los incentivos financieros para llenar de contenido estas estructuras. Sus objetivos eran el acceso igual a los servicios para los que tuvieran necesidades, habilidades o aptitudes equivalentes. Los principios se expresaron como intentos de racionalizar los programas de construcción de escuelas, de diseminar consultores o médicos de cabecera más uniformemente por el país, de poner cupos en el empleo de maestros de escuela por las áreas más favorecidas, de favorecer el acceso a las escuelas según méritos, de abolir el pago de tarifas escolares y otras acciones administrativas más detalladas.

Los autores exponen cuatro interpretaciones posibles de la nueva legislación y sus posibilidades, que sirven para analizar a cuál de los modelos se adecúan las Actas:

1. El sueño Neo-Conservador: o el ocaso de la Nueva Ilustración. Desde la derecha conservadora las Actas supondrían un avance real de las ideas libertarias en política social, la posibilidad a largo plazo de dismantelar la estructura del bienestar proporcionada actualmente por el gobierno local. El estado pagaría los servicios públicos, pero no los

proporcionaría: se derivarían hacia organizaciones privadas lucrativas o no. Aunque a corto plazo el gobierno central tomara mayores poderes para forzar el cambio (pudiendo así contener el gasto público), la amenaza de perder sus funciones animará a las burocracias locales a ser más eficientes. El resultado final sería un estado local mínimo. El estado del bienestar será entonces un mero "estado posibilitador".

2. Una nueva utopía localista. Otra manera de ver la legislación: en lugar de ser la muerte del bienestar social local, podría anunciar su renacimiento. Las AL, especialmente después de las estructuras post-1974, eran demasiado inadecuadas para administrar servicios sociales, estaban demasiado remotas de las verdaderas unidades de producción de estos servicios. Estas Actas podrían dismantelar la burocracia centralizada de la autoridad local y arrebatarse el poder a los políticos profesionales: aunque no estén diseñadas para producir democracia, podrían corregirse para que lo fueran. El papel de las AL sería tutelar y apoyar agencias de escala pequeña, inspeccionar, proporcionar consejo profesional, decidir dónde hay necesidades de provisión y financiar organizaciones que las cubrieran.

3. El nacimiento de un nuevo Leviatán. Otra visión posible diría que el verdadero origen de las reformas está en la reducción de competencias que experimentaron los departamentos centrales tras los cortes de 1976. Habiendo perdido un papel, la burocracia pública inventa una nueva racionalización para su existencia; ahora cumplen el papel de regular los servicios locales e incluso extender los poderes del centro para la financiación y control directos de los servicios.

4. Nada cambia mucho o, a pesar de todo no va a pasar gran cosa. La amenaza de que las escuelas o viviendas puedan optar por salir será suficiente para que las burocracias locales cambien lo justo para prevenir un éxodo masivo, los padres o los inquilinos no quieren un cambio mayor. Los servicios públicos son una tarea generalmente dura y poco atractiva para la mayor parte y las organizaciones privadas se contentarán con escoger unos pocos sitios para edificar que sean lucrativos y unas pocas residencias en áreas ricas, aparte de ello las AL tendrán que luchar para satisfacer las necesidades de las comunidades desprovistas y con menos recursos igual que antes.

El acta de reforma de la educación de 1988

Tuvo un periodo de consulta muy corto. Se basó fundamentalmente en documentos mecanografiados emitidos en las vacaciones de verano de 1987 pidiendo respuestas para el otoño. En las sesiones de las cámaras no fue muy discutida y, en su mayor parte, el gobierno forzó los cambios con muy poco consenso en el mundo educativo. El Acta contenía siete innovaciones principales:

1. Establece el deber del Secretario de Estado de establecer un currículo nacional para todas las escuelas mantenidas que especificará el conocimiento, técnicas y comprensión que se espera alcancen los estudiantes a los 7, 11, 14 y 16. Especifica programas de estudio para obtener estos objetivos y las disposiciones para valorar a los alumnos en cada una de las etapas.

2. Establece procedimientos para fijar un número de alumnos para cada escuela. Permite apelar contra la limitación del número y da al Secretario del Estado amplios poderes para determinar finalmente el tamaño de cada escuela.

3. Cada AL debe determinar la fórmula mediante la que los fondos son asignados a cada escuela del área y debe ser aprobada por el Secretario de estado. Una vez asignados, las escuelas tienen libertad para administrarlos.

4. Las escuelas pueden optar por salir del control de la autoridad local y ser financiada por el gobierno central a partir de fondos recuperados de las AL. El Secretario de Estado es responsable de ellas y para optar por salir debe haber una votación, que apruebe la decisión por una mayoría simple de los padres votantes.

5. Las politécnicas y facultades que antes dependieran de las AL Educativas ahora se convierten en corporaciones independientes, emplean a su personal y son propietarias de su tierra. Son financiadas por una agencia financiera separada.

6. El tratamiento de las universidades en la ley fue controvertida: crea un nuevo Consejo de Financiación de Universidades, no compuesta fundamentalmente por académicos, que tiene poderes para poner condiciones a las dotaciones para las universidades.

7. El Acta elimina la Autoridad Educativa Interna de Londres y concede a los distritos internos poderes educativos.

El artículo discute ciertos aspectos del Acta según las cuatro interpretaciones:

El Currículo Nacional. Los objetivos valorativos podrían dar a las escuelas y a las Autoridades Educativas Locales indicaciones claras sobre qué alumnos y escuelas están quedando retrasados y usarlos como base para una discriminación positiva que mejorara su rendimiento. Pero esta idea de un currículo nacional no concuerda con los objetivos libertarios del primer modelo, que esperaría que fuera la familia la que tome decisiones sobre la educación de los niños en una sociedad individualista y pluralista, de forma que el consenso sea difícil y exigiendo libertad para escoger escuelas con variedad de currículos. Bajo el Acta de 1988 sólo los padres que pueden permitirse pagar escuelas privadas tendrían tal opción y no puede haber variantes locales: si una escuela quiere experimentar un nuevo enfoque, materia o nivel de trabajo que no se adecúe al currículo tiene que pedir permiso al Secretario de Estado tras haber obtenido el permiso de las AEL y del cuerpo de gobierno. Crece la extensión del control central, pues los políticos no podrán resistirse a la tentación de debatir lo que debería entrar en los nuevos programas o los objetivos valorativos.

Optar por salir. Es un elemento más cercano al primer modelo si se ve como una estrategia gradual para privatizar todas las escuelas. Liberadas del control de las AL educativas, las escuelas que optan por salir están financiadas por una subvención per capita, aunque todavía lejos de ser entidades independientes financiadas por cupones dados a los padres. Para ello deberían salir gran número de escuelas. La provisión financiera del Acta concede al Secretario del Estado gran libertad para fijar las subvenciones al nivel que escoja y, aunque el documento consultivo sugería que fuera fijada a un nivel equivalente a la pagada por las AEL a las demás escuelas del área, también da poderes al Secretario del Estado para pagar cantidades suplementarias. Como el cuerpo de gobierno y los padres tienen el poder de salir podrán sancionar a las AEL ineficientes o dictatoriales para que mejoren su actuación. En la práctica muy pocas escuelas han optado por esta posibilidad y no parece probable que aunque la opción de salir fuera masiva, gran parte de las escuelas fundadas centralmente se movieran hacia el estatus independiente que requeriría el primer modelo. La tesorería no estaría muy dispuesta a pasar grandes sumas de dinero público a instituciones del sector privado y tampoco tendrían facilidades para salir. Los autores se inclinan por juzgar esta reforma según el tercer modelo.

El acta de vivienda de 1988

Refleja la determinación gubernamental de transformar la vivienda de alquiler de un casi monopolio de baja calidad de la AL, a un sector de negocios diversificado, privadamente financiado y administrado. Los cuatro elementos principales del Acta conciernen al alquiler de la propiedad privada, a la elección de los inquilinos, a las Sociedades de Acción de Vivienda y a las asociaciones de vivienda.

1. Desaparece el control de la renta en el sector privado. Los nuevos arriendos serán asegurados o por periodos cortos, las rentas reflejarán el valor del mercado.

2. Los arrendadores privados y las asociaciones de vivienda podrán en teoría forzar a las AL a que vendan su propiedad en parte o todo, a no ser que una mayoría de inquilinos sean movilizados para votar contra la propuesta.

3. El gobierno central podrá crear Sociedades de Acción de Vivienda para relevar la propiedad de la autoridad local y administrar los edificios en nombre del gobierno central, vendiéndolos eventualmente al sector privado o de vuelta a la autoridad local.

4. Cambia la base de los subsidios de asociaciones de vivienda. El gobierno central les da una media del 75% de subsidio de coste de capital y las rentas tienen que cubrir los demás costes.

La AL pierden el poder de subvencionar las rentas de sus propios inquilinos a partir del presupuesto local. El eventual beneficio de vivienda de los inquilinos del ayuntamiento se reemplaza por una nueva subvención. Ello supone que los ayuntamientos vuelven a recibir subvenciones por vivienda del gobierno central y, por lo tanto, un mayor control. Las rentas que los inquilinos deben pagar de su propio bolsillo pueden subir y hay más incentivos para abandonar la propiedad de la AL. El propósito parece ser reducir la atracción por la vivienda de la AL y forzar su venta a los sectores privados y asociaciones de vivienda.

Arrendamiento privado. Parece que el modelo más probable en este sector sea el de poco cambio, pues no parece que vaya a expandirse si no hay una reforma de la ordenación tributaria actual, en la que es más rentable tener en propiedad que alquilar. Aunque puede ser que: emerjan arrendadores a pequeña-media escala a través de ciertos programas de expansión de negocios; propietarios-ocupantes abandonen sus viviendas atraídos por la compra; se incremente el alquiler de habitaciones de hotel, tanto para familias sin hogar como para estudiantes y ancianos y se expanda el alquiler a compañías en algunas áreas.

Asociaciones de vivienda. Las asociaciones de vivienda ofrecen una colaboración atractiva entre las AL y el gobierno central por su estructura de objetivo único y su método intensivo de administración. Podría haber formación de nuevas asociaciones para encargarse de edificios de la autoridad local o desarrollar más vivienda para necesidades especiales. Aun así, sólo unas pocas de las 2600 asociaciones existentes están capacitadas para ello; pues habrá más dificultades de régimen financiero ya que se ha reducido el beneficio de vivienda, las rentas han subido y hay poca experiencia para administrar grandes edificios. No están siendo favorecidas por el gobierno aunque sean las encargadas de construir muchas residencias en 1990, por lo que no se espera un gran crecimiento. La Corporación de Vivienda atará a las asociaciones al gobierno central mediante un régimen de subvenciones y mayor control de actuación. El sector cooperativo es pequeño, aunque tienen buena reputación en la administración y mantenimiento. Con un fuerte apoyo y financiación externa podría crecer significativamente al amparo del Acta.

Elección de los inquilinos. El instrumento más significativo y poderoso del Acta es el reemplazamiento de la autoridad local por otros arrendadores. Ahora no ofrece beneficios en efectivo para los inquilinos, como la pasada promesa de derecho a compra, sólo rentas cada vez más altas y menor seguridad. Aunque se ha ofrecido a los inquilinos el derecho de elegir a los arrendadores que vayan a administrar su vivienda, es una elección bastante ficticia.

Sociedades de Acción de Vivienda. Las secciones del Acta que confieren al gobierno el derecho de crearlas son las que otorgan el poder central más absoluto. El gobierno había esperado que se ocuparan de cribar las peores viviendas de la autoridad local, reparándolas, y poniéndolas en manos de arrendadores alternativos, pero las primeras reacciones de los inquilinos han sido desfavorables.

A largo plazo. A corto plazo el gobierno central tendrá más poder para iniciar ideas nuevas, pero las AL seguirán siendo necesarias y podrán a largo plazo adquirir nuevas y no menos tareas. A largo plazo el modelo a aplicar parece el segundo. El abismo creciente entre la gran mayoría con buena vivienda y las víctimas sociales con malas viviendas forzarán al gobierno futuro a repensar el papel estratégico y posibilitador de las AL. Tal gobierno debería ser responsable como mínimo de: a) asegurar viviendas de emergencia para familias que viven desastres personales o crisis más amplias; b) reforzar las condiciones mínimas estatutarias de las Actas de los años 30; c) tener una provisión para atender los "sin hogar" (hoteles o organizaciones de voluntarios); d) asistir a grupos tales como pacientes que obtienen el alta y están solos, ancianos abandonados y solos, niños que abandonan los servicios, y perturbados mentales; e) conservar la obligación de ayudar a los muy pobres.

El acta de financiación del gobierno local 1988

Introduce una Carga Comunitaria ("Poli Tax"), un Tasa Nacional NoDoméstica (NNDR) y una Subvención de Apoyo a la Renta (RSG): 1) es una tasa de tipo único, que

cada autoridad debe imponer y recaudar de todos los adultos (con un pequeño número de excepciones); 2) reemplaza al previo y hay un impuesto de tipo único y común sobre todas las propiedades no domésticas. El valor total se auna y se reparte a la AL en base a la población adulta; 3) tiene dos partes: la primera se iguala entre las autoridades según sus varias necesidades de gasto (se determinan por negociación entre el gobierno y las AL); lo que queda se asigna a las autoridades en base a la población de adultos. El debate político principal ha sido sobre las consecuencias distributivas de la "Poli Tax".

Impacto sobre el gobierno local y gasto. Las reformas del Acta redistribuyen el gasto del gobierno local. Pretenden que la población sepa que los servicios de la autoridad local y las decisiones de gasto tienen un coste, bajo el nuevo sistema virtualmente todos los adultos pagan algo del coste del gobierno local. Además como la NNDR y RSG están establecidos antes del año financiero y no cambian después, cualquier gasto marginal por parte de la AL cae completamente sobre la CC mediante un engranaje entre los cambios de gasto y la carga comunitaria; las autoridades reciben cantidades fijas de los RSG y NNDR y han de recaudar el resto hasta completar sus necesidades presupuestarias de la CC. El gobierno espera que ello sea una dificultad para aumentar el gasto, aunque de momento ello no ha sido así y es probable que no sea tan fácil recaudar recursos adicionales a partir de impuestos locales. A largo plazo los consejeros de muchas instituciones tienen que afrontar el dilema entre reducir el gasto, o que una parte significativa de éste recaiga en individuos con pocos o ningún ingreso. Aunque su carácter innovador hace difícil predecir los efectos de la "poli tax" el gobierno continúa presionando para que haya menos gasto por parte de las AL y esta presión es más fácil por la gran proporción de ingresos de la AL determinada centralmente en el nuevo sistema. Por otro lado, también el gobierno está presionado para suavizar su impacto.

El NHS y el acta de asistencia comunitaria de 1990

A primera vista parece que sus disposiciones amplían las responsabilidades de las AL. Incorpora las propuestas del Libro Blanco de la asistencia comunitaria: "Caring for People" (Cuidando a la gente). Su retrasada implementación y cambios complementarios de las regulaciones de la seguridad social significan que: 1) A partir de 1993 la seguridad social dejará de financiar los costes de los recién llegados a las residencias privadas o voluntarias para ancianos y personas dependientes. Sólo las AL podrán gastar dinero público con este fin; 2) A partir de 1991 los servicios sanitarios proporcionan financiación especial para enfermos mentales; 3) los departamentos locales de servicios sociales valoran las necesidades de asistencia comunitaria de las personas que la necesitan, pueden proporcionar la asistencia comunitaria de las personas que la necesitan, pueden proporcionar la asistencia misma o contratar otras agencias; 4) las AL deben preparar y publicar regularmente un plan de asistencia comunitaria que establezca el desarrollo a largo plazo de los servicios; 5) tienen que establecer inspecciones para los servicios proporcionados por la comunidad.

La explosión del gasto de la seguridad social y que parte de ella sea destinada a cubrir los costes de las residencias privadas y no-estatutarias tiene consecuencias perversas y las AL funcionarían financieramente mejor si, descuidando sus propios servicios, dejaran en manos del gobierno la financiación de los recursos residenciales más costosos. Se ha sugerido que la solución más práctica es hacer que las AL sean administradoras de la bolsa pública y se reduzca progresivamente el presupuesto de la seguridad social. Ello supondría una centralización del poder.

Economía mixta. El libro blanco llamaba a esta economía "mixta de la asistencia". El gobierno ha tomado medidas para animar a las AL a contratar provisión de servicios: 1) un incentivo financiero, cuando un residente sea alojado en una residencia privada recibirá, además del beneficio básico que recibiría si viviera en casa, la vivienda o equivalente; 2) la exigencia de producir planes de asistencia comunitaria mostrando progresos en la contratación de servicios; 3) el Secretario del Estado tiene un control adicional sobre las AL, más allá del Acta de 1970.

La conclusión de este artículo es que aunque el gobierno británico anuncia los cambios según el primer modelo, ninguna de estas Actas siguen principios políticos coherentes y la legislación no producirá menos intervención estatal. Para los autores, las Actas en

conjunto ofrecen la posibilidad de que éste o cualquier gobierno futuro tome mucho poder para controlar las vidas de la gente, la educación de los niños, las posibilidades de vivienda y la asistencia comunitaria a la que tienen que acogerse los más desfavorecidos, de forma que el poder de las AL podría disminuir mucho. Sin embargo, éstas también podrían reaccionar desarrollando papeles estratégicos en la planificación de la educación, la vivienda y la asistencia comunitaria. Todo esto hubiera sido más factible si se hubiera obtenido un gobierno nuevo de centro izquierda, ya que requiere un nuevo orden financiero y que el gobierno central tenga otra actitud hacia la democracia local.

JAY GINN Y SARA ARBER. *GENDER, CLASS AND INCOME INEQUALITIES IN LATER LIFE.* BJS, vol. 42, nº 3, September 1991.

GEIMERO, KLASE ETA DIRUSARRERA-DESBERDINTASUNAK ADINEKOEN ARTEAN

Adinakoei buruzko debateetan sarritan irudi estereotipatuak erabili izan dira, eta alde berean adineko pertsona hauen artean dauden desberdintasunei ez zaie behar adinako arretarik eskaini. Ondorengo artikuluko honek desberdintasun horren alderdietako bat aztertzen du, hau da, adinekoen artean dirusarrerari dagokienean gertatzen den alde nabaria, batzuen ugaritasunetik besteen pobreziaraino doana; ondoren, ikusi ahal izango da nola jubilatuen irudikapen adinistek lan-bizitzan zehar sortu diren desoreka egituratuak nola mozorroturik gordetzen dituzte. Kontutan hartuko dira, beraz, alde batetik, emakumezkoa izateagatik merkatuan zer prezio ordaindu behar den (egindako lanarengatik jasotzen den ordaina) eta etxeko ekonomian emakumeak duen zeregina (zainketaren kostua). Ikusten denez, generoa eta ezkondua izatea funtsezko faktoreak dira adineko pertsonen dirusarren desberdintasuna ulertzeko. Pentsio okupazional eta pertsonalak dira geroko bizitzan banaketa horiek iraunerazteko bitarteko nagusiak.

Artikulu hau burutzean 1985-86 urte bitartean "General Household Survey" k eskaintako datuak erabili dira eta 65 urtez gorako 7.000 pertsonari buruzko informazioa kontrastatu da.

Sarrera

Aldaketa demografikoak indar berria eman dio 1980 urteetan adinekoei buruzko debeteari debate honetan "adineko" kontzeptu orokor eta bateratzailea erabiltzen da sarriegi, arazo ekonomikoak osasunezkoak eta abar aipatzerakoan, baita gizartearen baliabideak irensten ari den mehatxu sozial gisa ere. Funtsean, ikuspegi "adinista (ageist) bat besterik ez da hau, eta bertan ezaugarri negatibozko multzo estereotipatu bat atxekitzen zaio adineko jendeari jubilazio-adina gainditu izanagatik bakarrik. Probabilistikoki egiazkoak diren jende-kategoria bati buruzko jeneralizazioak sexista, arrazista edo adinista bihurtzen dira biologikoki era determinista batez kontzeptualizatzen edo adierazten direnean. Horrela, bada, jubilatuei buruzko ikuspegi adinistak ez dituzten aintzakotzat hartzen klasea eta generoa, eta ondorioz alde batera uzten dituzte bizitzaren azken aldi gizonetzko eta emakumezkoen artean desberdintasunak sortzera dituzten generodun prozesuak.

Adinekoen "arazo sozial" deritzonak berauen pobrezia, ezintasun, gizarte-desbaliotzea, rol-galera eta isolamendua bezalako alderdiak hartzen ditu kontutan. Ondorioz, jokabide edo jarrera honek lausotu egiten du adineko asko osasun ona izan, bizi modu independenteak eraman eta gizarteari oraindik ere ekarpen baiozkoak egiten dizkiotelakoa.

Oraindik orain, batez ere USAn, adinismoaren aldakari bat sortu da "gatazka" izen laguna har lezakeena. Beronen ordezkariak politiko areago dira soziologikoak baino eta tarteko dira Americans for Generational Equity (AGE) bezalako elkarteak "adinekoak" batekoz beste moduko jende, politikan indarra duten, beren buruaz bakarrik arduratzen diren eta gero eta zama astunago bat gainerako gizarteari ezatzen dion talde bezala deskribatzen dituztenak. Ikuspegi honek pobrezia eta beronek generoa, klasea eta arrazarekin dituen loturei erabat ezikusi egiten die.

Ingalaterran ere argitaratu da berrikitan gai berari buruzko liburu bat Johnson eta al idazle direlarik, "Workers versus Pensioners: Intergenerational Justice in an Ageing

VWorld" (Langileak Jubilatuen aurka: belaunaldien arteko justizia zahartzen ari den mun-duan). Gorago aipatu den AGE den gatazka-adinismoak bezala, liburu honen egileek ere ez dute garai batean gero eta alarmagarriagozat jotzen zen adinekoak arazo bezala aurkeztearen bidea hautatzen, baizik eta pobrezia, ezintasuna eta zerbitzuetan ezartzen duten zama azpimarratu ordez jubilatuen ugaritasun eta kontsumoa nabarmentzen dute. Gizar-tearen gainerakoekin alderatuta, pribilegiatu gisa agertzen dituzte adineko edo jubilatutakoak. Hasieran aipatu den ikerketaren ondorioz eta artikulua egileek adinakoen trataera "adi-nista" horri kontra egin nahi diote eta ez dute onartzen talde diferentziatugabe bezala, eta are gutxiago generorik gabekotzat ikustea.

Orain arte egin diren ikerketa soziologikoetan (Arber, Evandriou and Victor) argi eta garbi adierazi dira jubilazio-aurreko lanbidearen eta gero dirusarrera, osasuna eta kontsumoaren artean dauden loturak. Baina ia beti alde batera utzi izan da generoa. Horregatik aipatzen du Peacek, adinekoren pobreziaz ari dela, "eme ahaztua", "adineko emakume ikustezinez inguraturik bizi garela" ironiaz adieraziz.

Genero-desberdintasunak lanaroan eta gero

Gizonezkoek jubilatuta eta gero duten posizio sozio-ekonomikoak jarraipena nabari du lanaroan lan-merkatuan izan duen posizioarekiko. Jay Ginn eta Sara Arber, artikulugileen iritzian, jarraipen-idea hau ekonomi oraindugabera (erreproduktibora) ez ezik ekonomia (produktibora) ere hedatu behar da. Etxeko lan ordaindugabea, normalean etxekoandre ez-konduak burutzen dutena, gizartea birsortzeko erabiltzen da, kide gizonezkoak zerbitzatu eta languduz, eta haurrak erdi eta zainduz. Groves, Glendinning eta Millar ikertzaileek uste dute "lanaroan" generoaren zerikusia duten desabantaila ekonomikoak iraunkortu egiten direla zahartzaroan ondasun eta okupazio-pentsioen bitartez. Hiru modu daude emakumeen desabantailak luzatzekoak. Lehen biak egoera maritala eta amatasunarekin zerikusia dutenak dira eta hirugarrena lan-merkatuak sortzen diren generozko desberdintasunekin.

1. Emakumezkoen enplegu-ereduak etenak izaten dira sarritan, haur, senar edo beste ahaide batzuk zaindu beharrak etenak sortzen dizkietelako.
2. Emakumezkoak, sarritan aipaturiko zainketa-lanak burutzeagatik, denbora-erdiko lanetan ari izan direlarik, okupazio-pentsioetatik kanpo geratu dira, eskakizunak betetzen ez dituztelako.
3. Baina zainketa-erantzukizunak dituzten emakumeek bakarrik ez dituzte galtzen pensio-eskubideak. Lan-merkatuaren baitako sexubanaketak, egoera maritalak adin guztietako emakumeengan du eragina. Emakumeak gutxi ordaindutako lanbide-sail batzuetan biltzen dira eta antolamenduetan ere proportziorik gabeko eran aurkitzen dira mailarik apalenetan. Horregatik, batekoz beste emakumezkoen denbora osoko lana ere gizonezkoenarekin alderatuta hirutik bi bakarrik ordaindu izan da, nahiz eta legeak berdindu behar zaiola eskatu.

Beraz, formalki sexuen berdintasuna gehituz joan bada ere, jubilazioko orduan emakume eta gizonezkoen egoerak ez dira neutralak.

Ikerketa eta dirusarrerazko desberdintasunak

Jay Ginn eta Sara Arberren lan honek erakutsi nahi du adinekoren artean ezkondu-egoera, genero eta klaseak eragin nabaria dutela desberdintasunen heinetan eta horrela agerian jarri nahi du adinisten jeneralizazioak lekuz kanpokoak direla adinekoren egoera finantzarioaren berri ematerakoan.

(grafikoa)

Errenta pertsonal Guztizkoaren banaketa, asteroko libratan, Adin eta Genero-taldeka.

Asteroko librak

Metakuntza-maiztasuna

75ez azpiko gizonezkoak 75ez gaineko gizonezkoak
75ez azpiko emakumezkoak 75ez gaineko emakumezkoak
Iturria: General Household Survey 1985/6.

Hasieran aipatu den 7.000 pertsonatako kopuruan, 75 urtez beherako gizonezko eta emakumezkoak konparatuz gero, asteroko dirusarrera pertsonalean aldea 20 libratakoa da medianan, 33 libratakoa goi-koatilean eta 60 goren-dezilean. Nabari denez, generoak alde handia sortzen du norbanakoaren erentan adin-multzo bakoitzaren baruan.

Adinekoen errenta-iturriak

Generoen desberdintasunak ulertzeko iturri jakin batetik sortua den jakitea beharrezko da. Adinekoen dirusarrera edo errentak iturri askotarikoak izaten dira: ondasunak, irabaziak, jubilazio-pentsio eta abar. Burututako ikerketa eta konparaketen arabera jubilazio-pentsioak dira adineko gizonezko eta emakumezkoen artean desberdintasun handienak sortzen dituzten errenta-iturriak. Egoera laburbiltzeko, esan behar da, ondasunegatiko dirusarrerak maila guztietan eragin berdintzailea dutela.

Genero-desberdintasunak ondasunegatikoak ez diren pentsiotan

Ondasunegatikoak ez diren pentsioak jasotze-indizea zeharo deseorekatua da generoaren arabera: % 64 gizonezkoentzat eta % 27 emakumezkoentzat. Kopuruari dagokionez ere gauza bera esan behar da.

Hona hemen grafoa:

Ondasunegatikoak ez diren pentsioaren banaketa adinekoetan generoaren arabera

Asteroko librak

Metakuntza-maiztasuna

Gakoa

Gizonezkoak Emakumezkoak

Iturria General Household Survey 1985/6

Generoak sortzen duen aldea ukazina da: % 50 gizonezkoek jasotzen dituzte 5 libra baino gehiago astean; aldiz, % 20 emakumezkoek bakarrik jasotzen du kopuru bera. Bestalde gizonezkoen % 26k jasotzen ditu astean 25 libra baino gehiago eta emakumezkoen % 6,5k bakarrik 25 libra baino gehiago.

Emakume ezkonduak dira gutxien irabazten dutenak.

Beste ikerketa batzuetan ikusi denaren arabera, emakume alargunek emakume ezkongabeek baino gutxiago irabazten dute, eta hauen kasuan ere nabari da ezkonduen izanaren zirkunstantzia.

Emakume dibortziatu eta banatuak erdi-bidean aurkitzen dira ezkonduen eta ezkongabeen artean pentsioa jasotzeari dagokionez. Senarra uzten duten emakumeak (edo senarrak uzten dituenak) zahartzarora arte luzatzen den ekonomi zigorraren menpean erortzen dira.

Emakume dibortziatu eta banatuen kopurua zenbakitan oraindik txikia da, baina garrantzizkoak politika-terminotan. Oraingo abiaduran hazten bada adinekoen kopuru garrantzitsu eta ekonomikoki kaltetua eratuko dute.

Ezkondu-egoerak mesede egiten die gizonezkoek zahartzaroan jubilazio-dirua kobratzeko; adineko emakumeek dagokionez, egoera maritalak alderantzizkoa emaitzak ditu, zen-

bat eta urte gehiago ezkondurik egon, hainbat gutxiago kobratzen dute adineko emakumeek.

Aipatzen ari garen ikerketa honetan, pertsona bakoitzak jubilazio-dirusa kobratzeko duen eskubideaz aritu gara, zeren ez bait dago datu fidagarriak jakiteko familia bakoitzaren baitan zenbat diru pasatzen den kide batengandik bestearengana. Errenta pertsonala neurtzeko era fidagarriak daude, baina ez batengandik beste arengana transferitzen den dirua neurtzeko. Hala ere, ezaguna da bikote gehienek, neurri desberdinetan bada ere, dirua elkarren artean banatzen dutela, eta muturreko kasutzat erdiz-erdi diruaren banaketa egitea onar daiteke. Demagun hala gertatzen dela kasu guztietan, hala ere, jubilkatu ezkonduen pentsio altuagoa dute gizon ezkongabeek baino. Emakumezkoen kasuan, berriz, alderantzizkoa gertatzen baino. Bikotearen baitan dirua erdiz erdi banatzen bada aldea sortzen da ondorio finantzarioetarako ezkontidea hiltzean: heriotzaren ondoriozko galerak gehitu egiten dio alargunari jubilazio-dirurako eskubidea, baina erdiz erdi banatzen bada ordura arteko pentsioa, senarra galtzeak pentsioaren funtsezko murrizketa dakar.

KSasea, generoa eta JubHazio-pentsioa

Lehen esan dugunez, emakume ezkongabeek jubilazio-pentsio altuagoak dituzte gizon ezkongabeek baino. Honek, itxurak, adieraziko luke lan-merkatuan ez dagoela emakumezkoen kontrako desabantailik, eta alderantziz, emakume ezkongabeek abantailen batzuk dituztela. Hala ere, ondorio hori atera ahal izateko baldintza bat bete behar da: talde sozio-ekonomiko bakoitzaren barruan emakume ezkongabeak eta gizonezko ezkongabeak errenta baliokideak izatea. Itxuraz generoari dagokionez berdintasuna egotearen esplikazioa izan liteke emakume ezkongabeek talde sozio-ekonomiko altuagoa dutela gizon ezkongabeek baino.

Sexu-banaketak lan-merkatuak jubilazio-pentsioa kobratzerakoan zer eragin duen eztertzerakoan, beharrezko da okupazioa oinarritzat daukaten jubilazio-pentsioak beren egoera maritalaz aparte aztertzea. Zenbait taula konparatu ondoren ikusten denez, generoak sortzen duen desberdintasuna kategoriatan sozio-ekonomiko guztietan iraunkorra da ezkonduentzat edo lehenago ezkondurik egon zirenentzat baina adineko ezkongabeen kasuan aurretiko kategoriatan sozio-ekonomikoa eta generoa elkarrekintzan agertzen dira. Emakume ezkongabeek abantaila gizonezko ezkongabeekin laderatuta profesionari eta gerenteen saillean bakarrik ageri da (1 kategoriatan sozio-ekonomikoan), gainerako guztietan gizonezkoek jubilazio-pentsio askoz altuagoak dituzte adineko emakume ezkongabeek baino.

Generoa, egoera maritala eta klasea (aurreko lan-motan oinarritzen dena) elkarrekintzan jarri eta ateratzen diren ondorioak hauek dira: ikerketak kontutan hartzen dituen zortzi kategoriatan sozioekonomikoetan adineko gizonezkoek abantaila dutela adineko emakumeekin alderatuz gero, eta ezkondurik egotea abantailatsu dela gizonentzat, baina desabantailatu emakumezkoentzat.

Asken ondorioak

Jay Ginn eta Sara Arber ikertzaileen lan honek argiro erakusten du jubilazio-pentsioak kobratzerakoan Ingalaterran adineko gizon eta emakumeen artean nabari diren funtsezko desberdintasunak.

Adineko gizonak eta emakumeak nabarmenki bereizten dituen dirusarrera pentsio okupazional eta pribatuak dira. Kontzeptu honetan gizonezkoek iristen zaizkien dirutzak askoz handiagoak dira emakumezkoek datoskienak baino. Baina ikusi ahal izan denez, generoari dagokionez aldearen proportziorik handiena egoera maritalari loturik agertzen da, adineko emakume eta gizonezko ezkonduen artean handiena izaki eta ezkongabeen artean txikiena, dibortziatu, banatu eta alargunduak tartean aurkitzen direlarik. Jubilazio-pentsioa jasotzeko eskubideari dagokionez, gizonezko ezkonduak pentsio altuenei atxekirik agertzen, emakumezkoak alderantzizko egoeran azaltzen diralarik. Kategoriatan sozio-ekonomikoa kontutan hartzen bada, emakume ezkongabeek beste emakumeekin konparatuta duten abantaila ez da iraunkorra: handiena esku-lanetan aritu ez diren emakumeen artean dago eta erabat desagertzen da esku-lanean ibilitako emakumezkoen artean.

Badirudi zenbait autorek, Johnson eta abarrek, ez dutela ikusten emakumezkoek haurrak izateak eta hurrengo belaunaldiko enpleguak zaintzeak eta baita aldi berean enple-

gatu direnak ere jartzen diola hesirik gogorrena bere pentsio-eskubidea izateko. Beraz, Britainia Haundian behintzat hala ageri da, emakumeek bizitzaren azken aldiko pobrezioa pertsonala beren ugalkortasunarengatik ordainduriko prezioa dute.

Baina hau ez da dilema pertsonal hutsa, demografoek aspalditxotik esaten digutenez, barrenean hauxe da gizarte industrialduetan demografi krisia sortzen ari den faktore nagusienetako bat. Funtse arazo soziala da. Emakumea, tradizioz, "ejertzito bat bezala tratua izan da eta norabide bakarrean aurrera egin behar izaten zuen-familiara edo lantegira, se-haskara edo ordenadorera, baina gaur egun bi zentzutan bultzatzen zaio aldi berean. Usadiozko familia haurrak, senarra, adineko ahaideak eta auzoak zaintzen dituen ama ar-datz duena idealizatu egin da arazo sozialen konpontzaile gisa, eta hornidura publikoan murrizketak egiteko erabili izan da, aldi berean 1990 urteak "emakume langilearen hamar-kada" dela ozenki aldarrikatu delarik. Emakumeek senideak zaindu eta gizartearen etorki-zuna segurtatu behar al dute, ala beren etorkizun ekonomikoa segurtatzera zuzendu behar dituzte beren indar guztiak? Britainia Haundian gaur gaurkoz bi helburu hauek bateraezi-nak dira emakume gehienentzat. Etorkizunean adineko emakumeek jasan lezaketen epe luzerako pobrezia gaur egun garatuko den politikaren baitan dago: emakumeei denbora osoko enpleguak izateko aukera eskainiko dien politika garatzen bada zainketa-egitekoa kolektiboki burutu beharko da; edo bestela etxeko lanaren balioa ezagutu eta dagokionez ordainduko duen politika alternatiboak ezarri beharko dira.

Amaitzeko esan dezagun, adinekoak talde homogeno gisa hartzea ez dela bidezkoa, bere baitan gertatzen diren desberdintasun handiak kontutan hartzen badira. Gainera des-berdintasunak batez ere jubilazio-pentsioaren dirusarrerek eraginak direla ikusirik eta 1990 hamarkadan jubilatuko direnak batez ere horietaz gehienbat baliatuko direla kontu-tan hartzen bada, aipaturiko alde edo diferentzia horiek areagotu egingo dira. Funtsean, ageri den interesgatazka ez da hainbeste belaunaldien artekoa, baizik eta lanaroan zehar posizio abantailatsua lan-merkatuan eta etxeko ekonomian izan dutenen eta izan ez dute-nen artekoa baizik. Beraz, koska berdindu nahi bada, hain zuzen ere, hortxe ezarri beharko da erremedioa ere.

(Jay Ginn eta Sara Arber "Gender, class and income inequalities in later life", BJS Volum e n# 42 Issue n# 3 September 1991. Xabier Mendiguren Bereziartuk laburbiltu eta euskaratua.)

DAVID TAYLOR. HOSPITAL AT HOME. THE COMING REVOLUTION. Service Developments, Health and Social Care Communication. London: King's Fund Centre Communication Unit, 1989.

HOSPITAL EN CASA. LA REVOLUCION EN CIERNES

Desde el siglo pasado los hospitales son el foco principal de la medicina, enfermería y servicios afines, pero cada vez se está prestando más atención a la posibilidad de ofrecer asistencia en casa a personas gravemente enfermas mediante un apoyo domiciliario intensivo para evitar su ingreso en un hospital, o hacer que su estancia sea lo más corta posible. Varios factores explican el interés de los HEC (Hospital En Casa: Hospital At Home): los elevados gastos generales del ingreso en hospital; los largos periodos de espera; el desarrollo de nuevas tecnologías que hacen más viable una asistencia sofisticada en casa; las mejoras en las condiciones de las viviendas; la preferencia de los pacientes por los servicios domiciliarios, tanto en casos de enfermedades terminales, como en otros como maternidad o cuidado de niños; y la esperanza de que este tipo de asistencia mejore los resultados. También hay una preocupación por las necesidades la población, rápidamente creciente, de individuos de 75 y más años que viven a menudo solos o las de otros grupos de personas que requieren un cuidado intensivo intermitente y apoyo médico para mantener su capacidad para una vida independiente (enfermedades crónicas como problemas respiratorios, cardíacos o sida). Por otro lado, aunque la planificación y gestión de los hospitales requiere que éstos no estén saturados por demandas duraderas, tampoco es deseable mandar a los pacientes a sus comunidades a su propia costa o al cuidado de sus familiares u otros asistentes informales o de profesionales como los médicos de cabecera y enfermeros/as comunitarios. Los HEC deberían ofrecer una mejora

germina y segura de la asistencia, en este informe se examinan los servicios de este tipo existentes en Gran Bretaña y sus perspectivas de futuro.

Iniciativas

Existen proyectos de este tipo en varios países y con diferentes modalidades, desde los que ofrecen programas intensivos de enfermería hasta los que disponen de un gran equipo sofisticado, mediante iniciativas tanto públicas como privadas. En GB el interés por los HEC se desarrolló a mediados de los 70 gracias al trabajo de la asistente social Freda Clarke, cuyas ideas estaban basadas en un proyecto similar francés de Bayona ("Hospitalisation a Domicile") y a finales de los 70 varios proyectos estaban en marcha. Aunque hubo otros, el caso británico más conocido es el de Peterborough que empezó en 1978. Al principio estaba bastante separado del Servicio de Enfermería del Distrito pero ello resultó insatisfactorio de forma que fue reestructurado para integrarse en él. Sus principales características son las siguientes:

- está abierto a cualquiera (excepto obstetricia y psiquiatría) a quien su médico de cabecera y enfermero/a del distrito acepten la responsabilidad de asistir. Si los pacientes o sus parientes no están dispuestos a usar el servicio no se les intenta persuadir a favor.
- los pacientes usan el servicio o como una alternativa al ingreso en un hospital o como ayuda para tener el alta más temprano. En este último caso se les ofrece más asistencia de enfermería que la que el servicio del distrito pudiera ofrecer.
- la asistencia es proporcionada por una combinación de enfermeros/as con y sin cualificación.
- cada paciente recibe por lo menos dos visitas cada 24 horas de un miembro del equipo que trata y evalúa su estado. También se proporciona asistencia adicional (fisioterapia, terapia ocupacional, asistencia social) en caso de que sea necesaria.
- el tiempo medio de permanencia en este servicio es de 11 días y el número medio de pacientes que tenía el servicio en 1988-89 era de nueve (sobre un número total de casos posibles de cerca de 20). Permanecen en este proyecto hasta que obtengan el alta del NHS (Servicio Nacional de Salud) o transferencia al servicio regular de enfermería del distrito.

Se hizo una evaluación de este proyecto en 1980 y las conclusiones fueron las siguientes: 1) se encontró que los costes eran comparables o más bajos que los de la asistencia hospitalaria convencional, aunque se advierte que la introducción de este servicio no debería verse necesariamente como una medida de ahorro potencial; 2) ofrecía un buen grado de calidad de asistencia, pero se discute hasta qué punto es necesario ofrecer ayuda suplementaria a personas que podrían haber sobrevivido sin un servicio de este tipo, por mucho que éste mejore su calidad de vida; 3) sus usuarios dijeron preferirlo a la asistencia hospitalaria, aunque el problema es que también los tratados en hospital decían estar satisfechos y preferir la asistencia en hospital a la domiciliaria; 4) la disponibilidad de apoyo familiar no pareció crucial para el funcionamiento del servicio de HEC y tampoco pareció que significara una mayor carga para los médicos de cabecera. Los casos principales fueron los de enfermedades terminales, seguidos de cáncer crónico y apoplejías.

Un caso paradigmático para la extensión de los programas de HEC parecen los de reposición de cadera, con un tiempo medio de espera en el NHS de unos nueve meses. Dado que su tasa de incidencia se ha doblado en los últimos años, existe un gran aumento de demanda y son importantes las medidas diseñadas para acortar la estancia de los pacientes en el hospital: la mejora de las técnicas quirúrgicas, de la rehabilitación en hospital, de la organización y proyectos de apoyo para el alta temprana. El HEC de Peterborough estableció un programa completo de asistencia de este tipo de pacientes, desde antes del ingreso en hospital hasta su recuperación funcional. La estancia media en el hospital era de ocho días seguidos de otros nueve de asistencia en casa (HEC). La calidad de la recuperación fue por lo menos tan buena como la de la asistencia hospitalaria convencional y la liberación de plazas de hospital aumentaba el número de operaciones realizadas. Otros, como el proyecto de COPE (Proyecto Ortopédico Comunitario de Essex) in-

formaron que esta modalidad exige un esfuerzo especial para poder reproducir el efecto positivo de contacto social que ejerce la admisión en hospital mediante una vinculación por medio de clubs u otros recursos sociales. Otros distritos han decidido introducir este tipo de programa incluyendo otros pacientes ortopédicos como los que sufren reposición de rodilla y se apunta que también otro tipo de pacientes, como mujeres que sufren histerotomías vaginales, podrían beneficiarse de ello.

A partir de los resultados de la fase inicial, puede especificarse qué tipo de usuarios que se beneficiarían de esta asistencia:

- Individuos ancianos con afecciones tales como infecciones respiratorias o urinarias graves o fallo cardíaco cuyo ingreso en hospital amenaza sus condiciones de independencia.
- Personas que se recuperan de ataques. Aunque el hospital cumple un papel inicial en la evaluación de su estado y tratamiento, la rehabilitación podría ser buena en casa.
- Personas con SIDA. Ahora que ha aumentado la comprensión de sus riesgos, se subraya cada vez más la necesidad de un apoyo comunitario.
- Individuos que necesitan una asistencia relativamente compleja en casa, como niños y adultos con distrofia muscular o fibrosis cística. Este tipo de servicio requeriría un mayor desarrollo de la asistencia habitualmente corta de los HEC.
- Pacientes con problemas de salud mental. Aunque los hospitales o asilos sean importantes para muchos de estos casos, el hogar ejerce un efecto beneficioso en otros: los HEC podrían apoyar y educar a las familias para cuidarlos.

Entre los factores que reducen la viabilidad de estos programas están: 1) los pacientes que precisan una intervención de emergencia constante; 2) tratamientos frecuentes de alta tecnología; 3) casos muy raros; 4) bajas capacidades de auto-cuidado, poca ayuda informal. Entre los que la aumentan: 1) vivienda adecuada; 2) alta motivación en paciente y asistente; 3) alta calidad del Servicio de Enfermería del Distrito, médico de cabecera comprometido y capaz; 4) otro personal profesional como fisioterapeutas disponible en la comunidad local; 5) buenas condiciones para que se formen y mantengan las capacidades del personal de enfermería; 6) buenas comunicaciones locales y físicas, disponibilidad de consulta a especialistas y posibilidad de readmisión.

Economía de los HEC

El aspecto económico parece favorecer a los HEC:

- son populares entre pacientes y comunidades locales, donde tienden a formarse grupos de voluntarios de apoyo
- proporcionan un entorno de trabajo atractivo y conveniente al personal, porque son apreciados por sus pacientes y porque ofrecen horas de trabajo flexibles y variables a los/as que tienen familia. Además se dan situaciones en las que la capacidad profesional de los/as enfermeros puede usarse plenamente.
- liberan camas de hospital para usos alternativos o para cierre y proporciona nuevas plazas de asistencia a un coste casi cero. Aun así, desde el punto de vista de los gestores del NHS esto no es tan evidente
- los costes marginales del HEC (por ejemplo, el coste adicional de una unidad de provisión extra sobre el servicio existente) son casi tan caros como sus costes medios, mientras que en un hospital el que una cama esté vacía u ocupada sólo incide en un 10% de su coste.
- los administradores de hospitales tienen dificultades para agregar tales ahorros en el cierre de salas completas, incluso en los casos en los que muchas camas de hospital pudieran ser viberadas como resultado de la extensión de la asistencia HEC. La razón que se apunta para ello es la resistencia al cambio las tradiciones sanitarias del NHS, para quienes son difíciles de imaginar medidas como agregar a pacientes de distintas especia-

lidades en el mismo pabellón y un concepto económico en el que los recursos de equipamiento se ven como gratis.

- el miedo de que se admitan pacientes inadecuados en los proyectos de HEC una vez que estén en marcha, que en vez de usarse para restringir la admisión en los hospitales, los proyectos proporcionen asistencia a personas a las que de otra forma hubiera cuidado la comunidad.

El artículo aduce a todo ello que no es que los HEC sean antieconómicos, sino que es ingenuo pensar en estos proyectos como recortes de gasto a corto plazo. Sus ventajas económicas deberían verse fundamentalmente en relación a su capacidad para mejorar la calidad de vida y en su potencial para cambiar a largo plazo la utilización de los servicios sanitarios y su desarrollo estructural en general. Aunque no haya aun suficiente evaluación de los usuarios de estos proyectos y de sus familias, un informe reciente los valoraba como la posibilidad de asegurar redes de apoyo social más permanentes.

Planificación de una asistencia mejor

Los autores del artículo consideran que ciertos cambios de la política sanitaria británica favorecerán la puesta en marcha de este tipo de programas. Las propuestas del gobierno en "Trabajando para los pacientes" ("Working for patients") exigen, por ejemplo, una distancia entre las agencias públicas responsables de la salud y de la adquisición de asistencia social residencial y los cuerpos públicos y privados que negocian el suministro de la asistencia, de tal forma que se aumente la pluralidad y la competencia entre los servicios. Por otro lado, ha cambiado el modo en que las autoridades del NHS tendrán que dar cuenta de los capitales y los altos costes de la hospitalización y ahora éstos serán mas visibles para los que hacen la política del día a día de forma que la opción de asistencia en casa podría resultar más atractiva. Además, los responsables regionales de los servicios de ambulatorio tendrán que ocuparse de la totalidad de la gestión de la salud lo que podría abrir vías a una gestión más eficaz de los recursos. Aunque tradicionalmente la gestión del NHS se ha orientado hacia los hospitales, se argumenta que tal vez ahora pueda tornarse hacia la asistencia comunitaria, lo que, aunque no signifique un recorte de gasto a corto plazo, puede ofrecer una mejora del servicio y ahorro a largo plazo. La incidencia mayor se prevé a nivel local, donde la calidad de la comunicación y cooperación interprofesional y la planificación de la asistencia a los pacientes individuales pueden mejorar si las autoridades adoptan una visión integral de la sanidad. Esta colaboración sería también deseable a nivel profesional para los médicos de cabecera y servicios enfermería.

La conclusión del artículo es que una asistencia apropiadamente organizada y fundamentalmente domiciliaria puede beneficiar significativamente tanto a consumidores como a profesionales y administradores. Las razones para que los HEC no hayan figurado antes entre los servicios del NHS se reparten entre las de tipo financiero y en las divisiones estructurales del sistema sanitario, pero se confía en que éstas desaparezcan tras las reformas en curso. Aunque no defiende que los HEC sean la solución de todos los problemas sanitarios, sí sería beneficioso para toda la comunidad que prevaleciera un concepto de asistencia fuera de las instituciones sanitarias.

ARAUDIA

albisteak

NORMATIVA

información

BOPV6/11	Decreto 550/1991, de 15 de octubre, por el que se regula la PUBLICIDAD SANITARIA.
BON 13/11	Decreto Foral 448/1991, de 28 de octubre, por el que se aprueba la ESTRUCTURA orgánica y ESTATUTOS del INSTITUTO NAVARRO DE DEPORTE Y JUVENTUD,
BOJA 26/11	Orden de 11 de noviembre de 1991, de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de ANDALUCIA, por la que se regulan las PRESTACIONES ECONOMICAS para ACOGIMIENTOS FAMILIARES remunerados.
BOLR 28/11	Orden de 30 de septiembre de 1991, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se establece el SISTEMA DE INGRESO en las RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de LA RIOJA.
BOB 29/11	El Ayuntamiento de ERMUA publica su plantilla orgánica. Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y otra de ANIMADOR SOCIOCULTURAL.
BOTHA 29/11	Decreto Foral 809/1991, del Consejo de Diputados de ARABA de 29 de octubre, por el que se acuerda minorar en la cantidad de 451.000.000 pesetas el contraído para 1991 para hacer frente a las obras de CONSTRUCCION de un edificio para RESIDENCIA DE ANCIANOS en el Polígono de AJURIA.
BOG3/12	El Ayuntamiento de ELGETA publica la OFERTA DE EMPLEO PUBLICO para 1991: 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL. La contratación se llevará a cabo por los Ayuntamientos de Elgeta y ANTZUOLA.
DOGC4/12	LEY 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la ACCESIBILIDAD y de supresión de BARRERAS ARQUITECTONICAS.
BOG 4/12	El Ayuntamiento/de PASAIA publica su Plantilla orgánica para 1991. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.
BOTHA 4/12	Decreto Foral del Consejo de Diputados de ARABA de 22 de octubre de 1991, por el que se anuncia concurso para la adjudicación de las obras de CONTRUCCION de un CENTRO OCUPACIONAL para MINUSVALIDOS, en el barrio de Ariznavarra, de VITORIA-GASTEIZ.

BOTHA4/12	Decreto Foral del Consejo de Diputados de ARABA de 22 de octubre de 1991, por el que se anuncia concurso para la adjudicación de las obras de REMODELACION parcial de la RESIDENCIA GERIATRICA de TXAGORRITXU, de VITORIA-GASTEIZ, al objeto de crear dos UNIDADES ASISTIDAS, Administración y CENTRO DE DIA.
BOB7/12	Orden Foral 3684/91, de 18 de noviembre, del Departamento de Cultura, por la que se regula la utilización de la red de ALBERGUES JUVENILES de la Diputación Foral de BIZKAIA.
BOB9/12	El Ayuntamiento de BASAURI convoca 3 plazas de ASISTENTE SOCIAL y 2 de ANIMADOR SOCIO-CULTURAL.
BOB 10/12	El Ayuntamiento de BALMASEDA aprueba, entre otras, la ORDENANZA Fiscal reguladora de las TASAS de prestaciones de servicios públicos. Incluye el Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOG 10/12	El Ayuntamiento de EZKIO-ITSASO aprueba inicialmente el REGLAMENTO DE AYUDA A DOMICILIO.
BOG 10/12	El Ayuntamiento de LIZARTZA aprueba definitivamente y publica el REGLAMENTO DE AYUDA DOMICILIARIA.
DOG 13/12	LEY 13/1991, de 9 de diciembre, de TASAS, PRECIOS Y EXACCIONES reguladoras de la Comunidad Autónoma de GALICIA.
BOB 16/12	El Ayuntamiento de PORTUGALETE publica las TARIFAS del CENTRO DE DIA del Departamento de BIENESTAR SOCIAL.
BOG 16/12	El Ayuntamiento de ANDOAIN aprueba inicialmente el REGLAMENTO DEL CONSEJO MUNICIPAL DE BIENESTAR SOCIAL.
BOG 16/12	El Ayuntamiento de BERGARA publica CORRECCION de errores de los ESTATUTOS de la FUNDACION PUBLICA RESIDENCIA DE ANCIANOS MIZPERUALDE.
BOG 16/2	El Ayuntamiento de HERNANI acuerda la concesión de SUPLEMENTOS DE CREDITOS que afectan al PRESUPUESTO del Organismo Autónomo PATRONATO MUNICIPAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE HERNANI.
BOPV 19/12	Decreto 689/1991, de 17 de diciembre, por el que se determina la ESTRUCTURA de apoyo al VICEPRESIDENTE DE ASUNTOS SOCIALES del GOBIERNO VASCO.
BOG 19/12	Orden Foral del DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES de la D.F. de GIPUZKOA, de 12 de diciembre de 1991, sobre actualización de PRECIOS PUBLICOS.
DOCM 20/12	Decreto 246/1991, de 10 de diciembre, por el que se modifica el PLAN REGIONAL DE SOLIDARIDAD en CASTILLA-LA MANCHA.
DOGC 20/12	Decreto 266/1991, de 1 de diciembre, por el que se regula la CAPACIDAD SANCIONADORA que prevé la Ley 20/1985, de 25 de julio, de PREVENCIÓN Y ASISTENCIA en materia de SUSTANCIAS que pueden generar DEPENDENCIA, parcialmente modificada por la Ley 10/1991, de 10 de mayo, de la Generalitat CATALANA.
BOG 20/12	El Ayuntamiento de HERNANI publica las BASES para la OPOSICION libre para cubrir 1 plaza de AUXILIAR DOMICILIARIA.

BOTHA20/12	Decreto Foral 924/1991, de 26 de noviembre, del Consejo de Diputados de la D.F. de ARABA por el que se aprueba la actualización de la normativa y los PRECIOS PUBLICOS a exigir por el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL.
BOPA 21/12	Decreto 158/1991, de 2 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO para la aplicación de la Ley 6/91, de 5 de abril, del INGRESO MÍNIMO DE INSERCIÓN en el PRINCIPADO DE ASTURIAS.
BOB 21/12	Decreto Foral 187/1991, de 10 de diciembre, del Departamento de Hacienda y Finanzas de la D.F. de BIZKAIA, por el que se modifica el PRECIO PÚBLICO por utilización de la red de ALBERGUES Y RESIDENCIAS por parte de colectivos JUVENILES, fijados en el Decreto Foral 125/1990, de 27 de noviembre.
BOE 23/12	LEY 30/1991, de 20 de diciembre, de modificación del CODIGO CIVIL en materia de TESTAMENTOS. En algunos artículos hay referencias a personas con MINUSVALIA.
BOCyL 23/12	Decreto 352/1991, de 19 de diciembre, por el que se modifican las TARIFFAS de precios por prestación de servicios en determinados CENTROS de SERVICIOS SOCIALES dependientes de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON.
BOG 23/12	Decreto Foral 85/1991, de 10 de diciembre, sobre ESTRUCTURA orgánica y funcional del DEPARTAMENTO DE JUVENTUD Y DEPORTES de la D.F. de GIPUZKOA.
BOG 23/12	El Ayuntamiento de ANDOAIN publica su PLANTILLA ORGANICA para 1991. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL
BOG 23/12	El Ayuntamiento de ZUMAIA publica el PRESUPUESTO de la FUNDACION PUBLICA RESIDENCIA SAN JUAN.
BOTHA 23/12	Las Juntas Generales de ARABA aprueban la Norma Foral 29/1991, de 11 de diciembre, de ratificación del CONVENIO de colaboración con el GOBIERNO VASCO, para garantizar la GRATUIDAD de PROTESIS AUDITIVAS a los DEFICIENTES AUDITIVOS en EDAD ESCOLAR.
BOG 26/12	Orden Foral de 4 de noviembre de 1991, del Departamento de Juventud y Deportes de la D.F. de GIPUZKOA sobre ADJUDICACION de la CAMPAÑA DE PROMOCION DE ESQUI 1992.
BOG 26/12	El Ayuntamiento de EIBAR establece los PRECIOS públicos del POLIDEPORTIVO establece abono especial para JUBILADOS.
BOG 26/12	El Ayuntamiento de RENTERIA publica la ORDENANZA fiscal reguladora del PRECIO público por la prestación de servicios en la RESIDENCIA MUNICIPAL DE ANCIANOS.
BOG 26/12	El Ayuntamiento de TOLOSA publica los PRECIOS públicos por el Servicio de AYUDA DOMICILIARIA y de la RESIDENCIA YURREAMENDI.
BOG 26/12	El Ayuntamiento de ZARAUTZ establece el BAREMO de los PRECIOS públicos del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOB 27/12	El Ayuntamiento de ARRIGORRIAGA publica los PRECIOS públicos del POLIDEPORTIVO. Se expresan los abonos correspondientes a la TERCERA EDAD Y PENSIONISTAS.

BOB 27/12	El Ayuntamiento de ERANDIO publica los PRECIOS públicos por la prestación de AYUDA DOMICILIARIA.
BOTHA 27/12	Decreto Foral 925/1991, de 26 de noviembre, del Consejo de Diputados de la D.F. de ARABA, por el que se acuerda ABONAR al Ayuntamiento de VITORIA-GAZTEIZ la cantidad de 134.262.000 pesetas para la FINANCIACION de SERVICIOS SOCIALES TRANSFERIDOS.
BOE 30/12	Real Decreto 1835/1991, de 20 de diciembre, sobre FEDERACIONES DEPORTIVAS españolas. Establece preceptos específicos sobre federaciones de personas con MINUSVALIA.
DOGC 30/12	LEY 25/1991, de 13 de diciembre, por la cual se crea el INSTITUTO CATALAN DEL VOLUNTARIADO.
BOB 30/12	El Ayuntamiento de BASAURI establece los PRECIOS de EDUCACION FISICA para la TERCERA EDAD.
BOB 30/12	El Ayuntamiento de LEIOA publica los PRECIOS públicos del Polideportivo. Fija los correspondientes a GIMNASIA PARA LA TERCERA EDAD y de la ACTIVIDAD DE EDUCACION ESPECIAL.
BOB 30/12	El Ayuntamiento de LEKEITIO publica los ESTATUTOS del CENTRO DE DÍA PARA LA TERCERA EDAD.
BOTHA 30/12	El Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ publica varias Ordenanzas fiscales. Aparecen los PRECIOS públicos por prestación de ASISTENCIA DOMICILIARIA, comedor y estancia en RESIDENCIA DE TERCERA EDAD. En las instalaciones DEPORTIVAS se establece una reducción del 50 por ciento en los ABONOS de la TERCERA EDAD.
BOE 31/12	LEY 31/1991, de 30 de diciembre, de PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO.
BOE 31/12	Real Decreto 1841/1991, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (I.R.P.F.) y se modifican otras normas tributarias.
BOCyL 31/12	Decreto 358/1991, de 26 de diciembre, por el que se aprueba el II PLAN SECTORIAL SOBRE DROGAS de CASTILLA Y LEON.
BOLR 31/12	CORRECCION de errores de la Orden de 30 de septiembre de 1991, por la que se establece el SISTEMA DE INGRESO en las RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD propias y concertadas de la Comunidad Autónoma de LA RIOJA.
DOGV 31/12	Decreto 232/1991, de 9 de diciembre, del Consell de la GENERALITAT VALENCIANA, por el que se establece la estructura y funciones de los ORGANOS ENCARGADOS de la lucha contra la DROGA.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de BARAKALDO aprueba el PRECIO público por la prestación del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de ZALLA aprueba provisionalmente la modificación de la Ordenanza sobre los Precios Públicos por prestación de servicios, En particular las TARIFAS del epígrafe E): por Servicios RESIDENCIA DE ANCIANOS.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de BARAKALDO publica su PLANTILLA de 1991. Aparecen 4 plazas de ASISTENTE SOCIAL.

BOB 31/12	El Ayuntamiento de GETXO publica los PRECIOS públicos por asistencia y estancia en la RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZON; por el Servicio de AYUDA A DOMICILIO. En las actividades DEPORTIVAS aplica tarifas específicas a DEFICIENTES PSIQUICOS y a PENSIONISTAS.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de SANTURTZI aplica TARIFAS específicas, en el POLI-DEPORTIVO, a los MAYORES DE 60 AÑOS.
BOB 31/12	El Ayuntamiento de ONDARROA publica la Ordenanza de los PRECIOS públicos del POLIDEPORTIVO. Especifica abono especial para PENSIONISTAS.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de DONOSTIA-SAN SEBASTIAN publica la Ordenanza reguladora de los PRECIOS públicos del PATRONATO MUNICIPAL DE ALBERGUES Y CAMPINGS DE JUVENTUD de Donostia-San Sebastian.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de BEASAIN publica los PRECIOS públicos y la PARTICIPACION ECONOMICA DEL BENEFICIARIO del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de HERNANI publica los PRECIOS públicos siguientes: tarifas del Polideportivo para la TERCERA EDAD, por utilización de los servicios del PATRONATO MUNICIPAL DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL - RESIDENCIA DE ANCIANOS y ASISTENCIA DOMICILIARIA-.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de IRUN publica las TARIFAS por SERVICIOS SOCIALES.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de ZIZURKIL aprueba la ORDENANZA municipal para las concesión de AYUDAS municipales a JUBILADOS y PENSIONISTAS y DESEMPLEADOS en materia de TASAS municipales.
BOG 31/12	El Ayuntamiento de ZUMAIA publica los PRECIOS del Servicio de RESIDENCIA DE ANCIANOS SAN JUAN y de la AYUDA DOMICILIARIA.
BOTHA 8/1	Decreto Foral 923/1991, del Consejo de Diputados de la D.F. de ARABA de 26 de noviembre, por el que se acuerda la suscripción de un CONVENIO de colaboración con el DPTO. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO que garantizará la GRATUIDAD de PROTESIS AUDITIVAS a los DEFICIENTES AUDITIVOS en EDAD ESCOLAR.
BOG 9/1	El Ayuntamiento de ARAYA acordó la modificación de TARIFAS de COMEDOR en CENTRO DE JUBILADOS.
BOE 11/1	Real Decreto 2/1992, de 10 de enero, sobre REVALORIZACION DE PENSIONES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL y de otras PRESTACIONES DE PROTECCION SOCIAL PUBLICA para 1992.
DOGC 13/1	Orden de 27 de diciembre de 1991, del Departamento de Benestar Social de la Generalitat de CATALUNYA, por la que se modifica la Orden de 15 de julio de 1987, de desarrollo de las normas de AUTORIZACION administrativa de servicios y establecimientos de SERVICIOS SOCIALES y de funcionamiento del REGLAMENTO de entidades, servicios y establecimientos sociales, fijadas en el Decreto 27/1987, de 29 de enero.
BOJA15/1	Decreto 2/1992, de 14 de enero, por el que se establecen los PROGRAMAS de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL a desarrollar por la JUNTA DE ANDALUCIA.

DOGC 15/1	LEY 24/1991, de 29 de noviembre, de la VIVIENDA en CATALUNYA. Los artículos 35 y 36 hacen referencia a las obras de adaptación relacionadas con personas con MOVILIDAD REDUCIDA.
BOG 15/1	El Ayuntamiento de OÑATI aprueba inicialmente y publica la NORMATIVA del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOJA 17/1	Orden de 10 de enero de 1992, de la Consejería de Asuntos Sociales de la JUNTA DE ANDALUCIA, por la que se actualiza el COSTE/DIA de las PLAZAS CONCERTADAS por el Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IAS), con CENTROS RESIDENCIALES para MAYORES y MINUSVALIDOS.
DOGC 17/1	LEY 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de PROTECCION de los MENORES DESAMPARADOS y de la ADOPCION en CATALUNYA.
BOB 17/1	El Ayuntamiento de ZALDIBAR aprueba provisionalmente la NORMATIVA para la concesión de AYUDAS municipales a JUBILADOS o PENSIONISTAS y DESEMPLEADOS en materia de pago de TASAS municipales.
BOG 17/1	El Ayuntamiento de URRETXE aprueba inicialmente la modificación del REGLAMENTO DE AYUDA DOMICILIARIA.
DOGC 20/1	LEY 38/1991, de 30 de diciembre, de INSTALACIONES destinadas a ACTIVIDADES con NIÑOS Y JOVENES.
BOB 22/1	El Ayuntamiento de MUSKIZ publica la PLANTILLA de personal para 1991. Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y otra de ANIMADOR SOCIO-CULTURAL.
BOG 22/1	Bases a regir en la CONVOCATORIA del Concurso-Oposición para la provisión de la plaza de TECNICO MEDIO para la PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS en el municipio de BERGARA.
BOG 23/1	El Ayuntamiento de ANDOAIN publica el REGLAMENTO DEL CONSEJO DE BIENESTAR SOCIAL.
BOG 23/1	El Ayuntamiento de RENTERIA aprueba inicialmente el REGLAMENTO del ALBERGUE ESCOLAR DE BELABARATZ.
BOPV 24/1	Resolución de 10 de diciembre de 1991, de la Directora del INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, por la que se hace público el FALLO de los PREMIOS EMAKUNDE para el año 1991.
BOTHA 27/1	El INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de la D.F. de ARABA, CONVOCA 1 plaza temporal de ASISTENTE SOCIAL
BOB 28/1	Extractos de acuerdos adoptados por la D.F. DE BIZKAIA: Formalizar el CONVENIO de colaboración entre la Diputación Foral (DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL), y el INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, en materia de coordinación de las ACTIVIDADES tendentes a favorecer la IGUALDAD de la MUJER y eliminar la MARGINACION de la misma. • Formalizar CONVENIO de colaboración entre la Diputación Foral (DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL), la UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO y el INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, en materia de ATENCION PSICOLOGICA A MUJERES VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES.
BOB 28/1	El Ayuntamiento de GALDAKAO publica el Pliego de CLAUSULAS Económico-Administrativas para la CONTRATACION del Servicio de ASESORIA JURIDICA A LA MUJER.

BOB 28/1	El Ayuntamiento de MUNGIA publica la PLANTILLA de Personal de 1991. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL y 1 de TECNICO DE DROGODEPENDENCIA. En otro apartado referido a la CREACION de puestos de trabajo de Personal Laboral Temporal, aparecen las mismas plazas.
BOB 28/1	El Ayuntamiento de ORDUÑA publica la PLANTILLA de Personal. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL.
BOG 28/1	El Ayuntamiento de BERGARA publica el Pliego de CONDICIONES que han de regir el CONCURSO para la CONTRATACION del SERVICIO DE ANIMACION INFANTIL.
BOG 28/1	El Ayuntamiento de IRUN aprueba definitivamente el PROYECTO DE URBANIZACION del Area Industrial, y especifica se deberá cumplir la normativa sobre supresión de BARRERAS ARQUITECTONICAS.
BOG 28/1	El Ayuntamiento de MENDARO aprueba el REGLAMENTO DE AYUDA A DOMICILIO.
BOPV 29/1	Resolución de 16 de diciembre de 1991, del DPTO. DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se dispone el registro y publicación del CONVENIO COLECTIVO para las empresas que presten el SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO en la Comunidad Autónoma del PAIS VASCO.
BOB 29/1	El Ayuntamiento de BERMEO publica las TARIFAS de los SERVICIOS del PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTES. Establece las correspondientes a JUBILADOS, entre otros.
BOB 29/1	El Ayuntamiento de MARKINA-XEMEIN establece los PRECIOS del POLI-DEPORTIVO y especifica el abono para PENSIONISTAS.
BOG 29/1	El Ayuntamiento de IRURA publica la PLANTILLA para 1991. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.
BOTHA 29/1	EL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de ARABA publica la CONVOCATORIA DE AYUDAS para la CONSERVACION, REPARACION Y EQUIPAMIENTO de CENTROS Y SERVICIOS dedicados a la integración y atención social de ANCIANOS, MINUSVALIDOS Y GRUPOS MARGINADOS.
BOTHA 29/1	EL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de ARABA publica la CONVOCATORIA DE AYUDAS para el desarrollo de ACTIVIDADES de ASOCIACIONES, CENTROS Y SERVICIOS dedicados a la integración y atención social de ANCIANOS, MINUSVALIDOS Y GRUPOS MARGINADOS.
BOG 30/1	El Ayuntamiento de IRURA aprueba inicialmente el REGLAMENTO DE AYUDA DOMICILIARIA.
BOG 30/1	El Ayuntamiento de RENTERIA aprueba inicialmente la modificación de los ESTATUTOS del PATRONATO MUNICIPAL DE LA RESIDENCIA DE ANCIANOS "SAGRADO CORAZON".
BOE31/1	Real Decreto 13/1992, de 17 de enero, por el que se aprueba el REGLAMENTO GENERAL DE CIRCULACION, para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. Varios artículos hacen referencia a las personas con MINUSVALIA.

BOCyL31/1	CORRECCION de errores del Decreto 358/1991, de 26 de diciembre, por el que se aprueba el II PLAN SECTORIAL SOBRE DROGAS DE CASTILLA Y LEON.
DOCE 1/2	Propuesta de Decisión del CONSEJO DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS relativa a la organización del AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y DE LA SOLIDARIDAD ENTRE LAS GENERACIONES (1993).
BON 3/2	Orden Foral 315/1992, de 31 de diciembre, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se aprueban las normas para el USO de las plazas disponibles en ALBERGUES, REFUGIOS, CAMPAMENTOS Y RESIDENCIAS JUVENILES para el año 1992.
BOG 3/2	El Ayuntamiento de ORDIZIA aprueba definitivamente la ORDENANZA reguladora del PRECIO público del Servicio de AYUDA A DOMICILIO. Asimismo, aprueba definitivamente la Ordenanza reguladora del PROGRAMA DE AYUDAS ECONOMICAS para el PAGO DE IMPUESTOS 0 SERVICIOS MUNICIPALES así como el PAGO DE SERVICIOS PRIVADOS BASICOS.
BOCM 4/2	Resolución 897/1992, de 23 de enero, de la Consejera Delegada del Servicio Regional de Bienestar Social, por la que se regula el PROGRAMA EXPERIMENTAL DE AYUDAS INDIVIDUALES PARA EL ACOGIMIENTO FAMILIAR DE ANCIANOS en la Comunidad Autónoma de MADRID.
BOG 5/2	Decreto Foral 6/1992, de 28 de enero, de la D.F. de GIPUZKOA, sobre ESTRUCTURA orgánica y funcional del DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.
BOG 6/2	El Ayuntamiento de ORDIZIA aprueba definitivamente y publica el REGLAMENTO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.
BOG 7/2	El Ayuntamiento de ORDIZIA aprueba definitivamente y publica el PROGRAMA DE COOPERACION NORTE-SUR. ORDEN DE SUBVENCIONES.
BOG 10/2	El Ayuntamiento de LEZO publica las bases de la CONTRATACION laboral temporal de un ASISTENTE SOCIAL.
BOPV 13/2	LEY 1/1992, de 28 de enero, por la que se aprueban los PRESUPUESTOS GENERALES de la Comunidad Autónoma de EUSKADI para 1992. Se establecen los MODULOS ECONOMICOS de los CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL CONCERTADOS y se fija la CUANTIA del INGRESO MINIMO DE INSERCIÓN.
BOB 13/2	Norma Foral 1/92, sobre PRESUPUESTOS Generales del TERRITORIO HISTORICO DE BIZCAIA para 1992.
BOB 12/2	El Ayuntamiento de BERMEO aprueba y publica el PRESUPUESTO, entre otros, del PATRONATO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL para 1992. Asimismo, publica la PLANTILLA en la que aparecen 3 plazas de ASISTENTE SOCIAL, 1 de TECNICO EN PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS y 6 de AUXILIAR DOMICILIARIA.
BOB 14/2	El Ayuntamiento de ALONSOTEGI publica la CONVOCATORIA de 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.
BOG 14/2	El Ayuntamiento de ONATI aprueba la norma sobre la EXENCION del IMPUESTO DE CIRCULACION MUNICIPAL de los COCHES de MINUSVALIDOS.

BOB 15/2	Orden Foral 63/1992, de 29 de enero, del Dpío. de Cultura de la D.F. de BIZKAIA, por la que se regula la CAMPAÑA DE ESTANCIAS VACACIONALES DE ACCION COMUNITARIA durante 1992. Se hace reserva de TURNO ESPECIAL y PRECIO específico para PENSIONISTAS Y MAYORES DE 60 AÑOS.
BOCyL 17/2	Decreto 23/1992, de 13 de febrero, por el que se establecen las nuevas TARIFAS aplicables para prestación de SERVICIOS en determinados CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES dependientes de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de CASTILLA Y LEON.
BOG 17/2	El Ayuntamiento de LEZO modifica y publica el BAREMO ECONOMICO del REGLAMENTO DE AYUDA A DOMICILIO.
BOG 20/2	El Ayuntamiento de EZKIO-ITSASO aprueba definitivamente y publica el REGLAMENTO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.
BOCM 21/2	CORRECCION de errores de 7 de febrero de 1992, de Resolución 897/1992, de 23 de enero, por la que se regula el PROGRAMA EXPERIMENTAL DE AYUDAS INDIVIDUALES PARA ACOGIMIENTO FAMILIAR DE ANCIANOS en la Comunidad Autónoma de MADRID.
BOG 21/2	El Ayuntamiento de RENTERIA aprueba definitivamente el PRESUPUESTO del PATRONATO DE LA RESIDENCIA MUNICIPAL DE ANCIANOS para 1992. Al mismo tiempo publica la relación de puestos de trabajo reservados a Personal Laboral Fijo: Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.
BOE 25/2	Orden de 19 de febrero de 1992, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES por la que se convocan AYUDAS Y SUBVENCIONES para la realización de PROGRAMAS DE COOPERACION Y VOLUNTARIADO SOCIALES con cargo a la asignación tributaria del I.R.P.F. (CORRECCION de errores: BOE, 28 de marzo).
BOJA 25/2	Decreto 11/1992, de 28 de enero, por el que se establecen la NATURALEZA Y PRESTACIONES de los SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS en ANDALUCIA.
BOG 25/2	El Ayuntamiento de ZIRZURKIL aprueba definitivamente y publica la ORDENANZA para la concesión de AYUDAS municipales a JUBILADOS O PENSIONISTAS y DESEMPLEADOS en materia de TASAS municipales.
DOGV 26/2	Resolución de 17 de enero de 1992, del Conseller de Trabajo y Asuntos Sociales de la GENERALITAT VALENCIANA, por la que se da publicidad, entre otras cosas, a los MODULOS ECONOMICOS correspondientes a SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS y PRESTACIONES ECONOMICAS INDIVIDUALIZADAS.
BOB 26/2	El Ayuntamiento de BERRIZ publica el siguiente Edicto: Igon C.E.E., S.L., ha solicitado licencia para establecer la ACTIVIDAD de MECANIZADOS, destinados a crear EMPLEO en el colectivo de DISMINUIDOS FISICOS, en el Polígono Industrial de Eitua.
BOB 27/2	El Ayuntamiento de GETXO aprobó el Proyecto actualizado de la REFORMA de la escalera de servicio y ACCESO DE MINUSVALIDOS en la CASA CONSISTORIAL.
BOG 27/2	El Ayuntamiento de RENTERIA aprueba el Pliego de CONDICIONES Técnico-económico-administrativas que han de regir para la CONTRATACION directa para la concesión del servicio de PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS.

BOG 27/2	El Ayuntamiento de ZUMAIA publica CORRECCION de errores en los PRECIOS públicos por estancias en la RESIDENCIA DE ANCIANOS DE SAN JUAN, publicados en el BOG de 31/12/91.
BOG 2/3	Extractos de los acuerdos adoptados por la D.F. de GIPUZKOA: • Autorizar la CONTRATACION laboral temporal de un ASISTENTE SOCIAL y dos MEDICOS para el DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES. • Aprobar AYUDAS ECONOMICAS a diversas INSTITUCIONES por servicios específicos a MINUSVALIDOS y GUARDA DE MENORES.
BOE 3/3	Orden de 18 de febrero de 1992, del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, por la que se convocan AYUDAS ECONOMICAS a ENTIDADES SIN FIN DE LUCRO que desarrollen PROGRAMAS de alcance SUPRAUTONOMICO en el marco de prioridades del PLAN NACIONAL DE DROGAS, en 1992.
BOB 3/3	BASES DE CONVOCATORIA para la provisión de propiedad de plazas de plantilla laboral del PATRONATO DE BIENESTAR SOCIAL Y SALUD de BERMEO. Se convoca, entre otras, 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL
BOB 5/3	El Ayuntamiento de ERMUA crea, entre otras, una plaza de ASISTENTE SOCIAL.
BOG 6/3	Decreto Foral 21/1992 de la D.F. de GIPUZKOA, de 25 de febrero, por el que se aprueba el REGLAMENTO del IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FISICAS.
BOB 9/3	El Ayuntamiento de ZALLA publica los PRECIOS por servicios en la RESIDENCIA DE ANCIANOS.
BOB 10/3	El Ayuntamiento de BERMEO ANULA la CONVOCATORIA de 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL, publicada en BOB de 3 de marzo.
BOPV 11/3	Resolución de 28 de febrero de 1992, del DIRECTOR DE TRABAJO, por la que se hace pública la iniciación de oficio del proceso de IMPUGNACION del CONVENIO COLECTIVO para la empresas y asociaciones que presten el servicio de AYUDA A DOMICILIO en la Comunidad Autónoma del PAIS VASCO, publicado en el BOPV de 29 de enero.
BOTHA 11/3	Decreto Foral 154/1992 del Consejo de Diputados de la D.F. de ARABA, de 10 de marzo, por el que se aprueban el REGLAMENTO del IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FISICAS y determinadas disposiciones normativas.
BOTHA13/3	El Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ publica la CONVOCATORIA del Concurso-oposición para la provisión de ASISTENTES SOCIALES.
BOB 14/3	El Ayuntamiento de BARAKALDO publica la Ordenanza reguladora del PRECIO público por la prestación del Servicio de ASISTENCIA DOMESTICA DOMICILIARIA.
BOG 16/3	El Ayuntamiento de URRETXU publica el BAREMO ECONOMICO de la AYUDA A DOMICILIO.
BOB 18/3	El Ayuntamiento de ERMUA publica las bases de CONVOCATORIA para cubrir una plaza de TECNICO/A ASESOR/A PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES y otra de ASISTENTE SOCIAL
BOG 18/3	El Ayuntamiento de VILLABONA publica los ESTATUTOS por los que ha de regirse la RESIDENCIA DE ANCIANOS SANTIAGO DE VILLABONA. .

BOG 18/3	El Ayuntamiento de MENDARO publica el REGLAMENTO del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOB 20/3	Decreto Foral 20/1992 de la D.F. de BIZKAIA, de 10 de marzo, por el que se aprueba el REGLAMENTO del IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FISICAS.
BOB 23/3	El Ayuntamiento de DURANGO publica la Plantilla de Personal: Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y otra de DINAMIZADOR DE TERCERA EDAD. En la OFERTA DE EMPLEO PUBLICO para 1992, aparece 1 plaza de DINAMIZADOR DE TERCERA EDAD.
BOTHA 23/3	Decreto Foral 105/1992 del Consejo de Diputados de la D.F. de ARABA, de 18 de febrero, por el que se acuerda ACEPTAR DONACION de una LONJA situada en el Pasaje de Las Antillas de esta ciudad, realizada por el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ, con destino a dotar de acceso a los TALLERES DE OCUPACION para MINUSVALIDOS que se van a crear en las lonjas contiguas.
BOG 24/3	Decreto Foral 24/1992 de la D.F. de Gipuzkoa, de 10 de marzo, por el que se modifican las tarifas de los PRECIOS PUBLICOS exigibles por la prestación de servicios y actividades de los ALBERGUES Y RESIDENCIAS de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
BOG 24/3	Resoluciones del Ayuntamiento de EIBAR referentes al CONCURSO-OPOSICION para la provisión de 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.
BOG 24/3	El Ayuntamiento de IRUN publica su OFERTA DE EMPLEO PUBLICO para 1992: Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL
BOPV 25/3	Decreto 61/1992, de 17 de marzo, por el que se regula la ADMISION DE ALUMNOS en los centros públicos y concertados de la Comunidad Autónoma del PAIS VASCO. En los criterios complementarios se contempla y puntúa la existencia de MINUSVALIDOS en el alumno, sus padres o hermanos en edad escolar.
BOPV 25/3	Decreto 56/1992, de 17 de marzo, por el que se regula la concesión de SUBVENCIONES del INSTITUTO VASCO DE LA MUJER/EMAKUNDE, durante el ejercicio de 1992 para potenciar la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la Comunidad Autónoma de EUSKADI.
BOPV 25/3	Decreto 57/1992, de 17 de marzo, por el que se regula la concesión de SUBVENCIONES del INSTITUTO VASCO DE LA MUJER/EMAKUNDE, durante el ejercicio de 1992, a las ENTIDADES LOCALES de la Comunidad Autónoma de EUSKADI.
BOPV 25/3	Decreto 58/1992 de 17 de marzo, por el que se CONVOCA la concesión de SUBVENCIONES del INSTITUTO VASCO DE LA MUJER/EMAKUNDE, para la realización, durante 1992, de trabajos de ESTUDIO Y/O INVESTIGACION relacionados con las mujeres.
BOPV 25/3	Decreto 59/1992, de 17 de marzo, por el que se CONVOCAN los PREMIOS EMAKUNDE para el año 1992.
BOPV 25/3	Orden de 11 de marzo de 1992, del Consejero de Presidencia, Régimen Jurídico y Desarrollo Autonómico, por la que se dispone la publicación de los CONVENIOS celebrados por el GOBIERNO VASCO, que se indican: Aparecen, entre otros, los firmados con las DIPUTACIONES FORALES DE LOS TERRITORIOS HISTORICOS en orden a garantizar la GRATUIDAD de PROTESIS AUDITIVAS a DEFICIENTES AUDITIVOS EN EDAD ESCOLAR.

BOG 26/3	El Ayuntamiento de PASAIA publica las bases del CONCURSO-OPOSICION para la contratación de un ASISTENTE SOCIAL.
BOB 28/3	El Ayuntamiento de SANTURTZI CONVOCA 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL.
BOG 30/3	El Ayuntamiento de ARRASATE publica el REGLAMENTO del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.

NOTA: Entre los meses de diciembre de 1991 y de enero, febrero y marzo de 1992, los Ayuntamientos han venido publicando su ORDENANZA reguladora del IMPUESTO sobre ACTIVIDADES ECONOMICAS, ateniéndose a las NORMAS FORALES, emitidas en su día, reguladoras de las HACIENDAS LOCALES de los respectivos Territorios Históricos. Entre las EXENCIONES contempladas en el pago de este Impuesto, se encuentran: "Las ASOCIACIONES Y FUNDACIONES DE DISMINUIDOS FISICOS, PSIQUICOS Y SENSORIALES, sin ánimo de lucro, por las actividades de carácter pedagógico, científico, asistencial y de empleo que para la enseñanza, educación, rehabilitación y tutela de minusválidos realicen, aunque vendan los productos de los talleres dedicados a dichos fines, siempre que el importe de dicha venta, sin utilidad para ningún particular o tercera persona, se destine exclusivamente a la adquisición de materias primas o al sostenimiento del establecimiento".

BIBLIO- GRAFIA

ANCIANOS

ADAY, R.H., Y OTROS. "YOUTH'S ATTITUDES TOWARD THE ELDERLY: THE IMPACT OF INTERGENERATIONAL PARTNERS". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 372-384, Biblio. R.814

ANCIANOS, JUVENTUD, GENERACIONES, ACTITUDES SOCIALES, MEDIO ESCOLAR, PROGRAMAS DE ACTIVIDADES

AGE CONCERN ENGLAND. *LOCAL AUTHORITIES AND RESIDENTIAL CARE. FACT SHEET N.10.* LONDRES (GB), AGE CONCERN ENGLAND, 1991, 10 pags. Biblio. Rln.FOL.100

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, TARIFAS, CRITERIOS DE ADMISION, SECTOR PUBLICO, SECTOR PRIVADO, REINO UNIDO

ALLEN, I., Y OTROS. *INFORMAL CARE TOMORROW. PSI OCCASIONAL PAPER.* LONDRES (GB), POLICY STUDIES INSTITUTE, 1987, 44 pags. Biblio. Rln.264

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, DEPENDIENTES, INTERVENCION INFORMAL, CARGA FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, VOLUNTARIADO, PERSPECTIVAS

APPLEGATE, W., Y OTROS. *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 39, 9, 1991, pags. 59, Biblio. R.273

ANCIANOS, EVALUACION, DIAGNOSTICS SEGUIMIENTO, METODOS DE EVALUACION, EVALUACION DE SERVICIOS, ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO, RESULTADOS, RECOMENDACIONES

ARLING, G., Y OTROS. "MENTAL ILLNESS AND PSYCHOTROPIC MEDICATION USE IN THE NURSING HOME". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 3, 4, 1991, pags. 455-472, Biblio. R.816

ANCIANOS, ENFERMEDADES MENTALES, CONFUSION, RESIDENCIAS ASISTIDAS, FARMACOS, PSICOTROPOS

AUSLANDER, G.K., LITWIN, H. "SOCIAL NETWORKS, SOCIAL SUPPORT, AND SELF-RATINGS OF HEALTH AMONG THE ELDERLY". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 3, 4, 1991, pags. 493-510, Biblio. R.816

ANCIANOS, SALUD, APOYO SOCIAL, FACTORES SOCIALES, EVALUACION

BAZO, M.T. "INSTITUCIONALIZACION DE PERSONAS ANCIANAS: UN RETO SOCIOLOGICO". *REVISTA ESPANOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 53, 1991, pags. 149-164, Biblio. R.785

ANCIANOS, RESIDENCIAS, INSTITUCIONALIZACION, ACTITUDES USUARIOS, BIZKAIA

BIEGEL, D.E., BLUM, A. *AGING AND CAREGIVING. THEORY, RESEARCH, AND POLICY.* LONDRES (GB), SAGE PUBLICATIONS, 1990, 294 pags. Biblio. Rl.44

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, CARGA FAMILIAR, INTERVENCION INFORMAL, ESTRES FAMILIA, INVESTIGACION, METODOLOGIA, TEORIA, ESTUDIO DESCRIPTIVO

BISHOP, C.E., Y OTROS. "LIVING WITH OTHERS AS AN ALTERNATIVE TO NURSING HOME USE". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 274-292, Biblio. R.814

ANCIANOS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, INSTITUCIONALIZACION, FORMA DE VIDA, FACTORES SOCIALES, FACTORES SOCIOECONOMICOS, USA

BOSANQUET, N., PROPPER, C. "CHARTING THE GREY ECONOMY IN THE 1990s". *POLICY AND POLITICS*, 19, 4, 1991, pags. 269-281, Biblio. R.301

ANCIANOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTADISTICAS ECONOMICAS, DEMOGRAFIA, TRABAJO, NIVEL DE VIDA, PRESTACIONES ECONOMICAS, REINO UNIDO

BRECKMAN, R.S., ADELMAN, R.D. *STRATEGIES FOR HELPING VICTIMS OF ELDER MISTRE-*

ATMENT. LONDRES (GB), SAGE PUBLICATIONS, 1988, 160 pags. Biblio. R1.43

ANCIANOS. MALOS TRATOS, DETECCION, FACTOR DE RIESGO, EVALUACION, INTERVENCION SOCIAL, TRATAMIENTO, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, CASUISTICA

BRINK, S. *HOUSING POLICIES IN THE CONTEXT OF SOCIAL WELFARE GOALS IN PERIODS OF ECONOMIC RESTRAINT: A COMPARISON OF HOUSING POLICIES FOR THE ELDERLY IN CANADA AND IN SWEDEN.* GAVLE (CH), NATIONAL SWEDISH INSTITUTE FOR BUILDING RESEARCH, 1988, 163 pags. Biblio. Rln.245

ANCIANOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESPERANZA DE VIDA, VIVIENDA, POLITICA SOCIAL, POLITICA DE VIVIENDA, CANADA, SUECIA, ESTUDIO COMPARATIVO

BRINK, S. *HOUSING POLICY DIRECTIONS BASED ON A REVIEW OF ENVIRONMENTAL DESIGN RESEARCH. A COMPARATIVE STUDY OF HOUSING POLICIES FOR THE ELDERLY IN CANADA, THE UNITED STATES, SWEDEN AND FRANCE.* PARIS (FR), MINISTRY OF CONSTRUCTION, HOUSING, MANAGEMENT OF TERRITORIES AND TRANSPORTATION, 1988, 49 pags. Biblio. Rln.246

ANCIANOS, VIVIENDA, POLITICA DE VIVIENDA, ESTADISTICAS DE POBLACION, NORMATIVA, USA, CANADA, SUECIA, FRANCIA, ESTUDIO COMPARATIVO

BRINK, S. *GOVERNMENT POLICY INITIATIVES FOR HOUSING THE ELDERLY - INTERNATIONAL EXPERIENCE.* CANADA (CA), CANADA MORTGAGE AND HOUSING CORPORATION, 1986, 90 pags. Biblio. Rln.247

ANCIANOS, VIVIENDA, AUTONOMIA PERSONAL, SOLUCIONES RESIDENCIALES, POLITICA SOCIAL, POLITICA DE VIVIENDA, PANORAMA INTERNACIONAL, CANADA

BROWN, D., MURRAY, U. *REPORT OF AN INSPECTION OF ROYAL NATIONAL INSTITUTE FOR THE BLIND HOMES FOR ELDERLY PEOPLE.* GATESHEAD (GB), SOCIAL SERVICES INSPECTORATE, 1991, 61 pags. Biblio. P3n.5

ANCIANOS, DEFICIENCIA VISUAL, RESIDENCIAS, MEDIO FISICO, CALIDAD DE LA ATENCION, PERSONAL, EVALUACION DE SERVICIOS, CONTROL, AUTONOMIA PERSONAL, ESCALAS

CANO, S. *LA VEJEZ: INTEGRACION O EXILIO. ESTUDIO SOCIOLOGICO. LA ANCIANIDAD EN EL MUNICIPIO DE GIJON.* GIJON, FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES, 1990, 232 pags. Biblio. Rlg.95

ANCIANOS, ESTUDIO SOCIOLOGICO, DATOS ESTADISTICOS, ASATURIAS

CARTWRIGHT, A. "THE ROLE OF RESIDENTIAL AND NURSING HOMES IN THE LAST YEAR OF PEOPLE'S LIVES". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 6, 1991, pags. 627-645, Biblio. R.717

ANCIANOS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, CALIDAD DE VIDA, CALIDAD DE LA ATENCION, ATENCION SANITARIA, EVALUACION DE SERVICIOS, MUERTE

CASAS, P. "ACTITUDES DE LOS JUBILADOS ANTE LA POLITICA". *GERIATRICA*, 1, 9, 1991, pags. 439-445, Biblio. R.408

ANCIANOS, IUBILACION, POLITICA, ACTITUDES SOCIALES

CHANG, C. F., WHITE-MEANS, S.I. "THE MEN WHO CARE: AN ANALYSIS OF MALE PRIMARY CAREGIVERS WHO CARE FOR FRAIL ELDERLY AT HOME". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 343-358, Biblio. R.814

ANCIANOS, MEDIO FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, INTERVENCION INFORMAL, GENERO, HOMBRE, CARACTERISTICAS POBLACION, CARACTERISTICAS SERVICIO, ESTUDIO COMPARATIVO

CHRISTERSON, M.A. *AGING IN THE DESIGNED ENVIRONMENT.* BINGHAMTON, NY (USA), HAWORTH PRESS, THE, 1990, 133 pags. Biblio. Rln.244

ANCIANOS, DEFICIENCIA SENSORIAL, DEFICIENCIA FISICA, CONFUSION, RESIDENCIAS, MEDIO FISICO, EQUIPAMIENTO, AYUDAS TECNICAS, RECOMENDACIONES

CLARK, P.A., Y OTROS. *WORKING WELL TOGETHER. REPORT OF AN INSPECTION OF BEBSIDE ASSESSMENT UNIT TYNEDALE HOUSE, BLYTH, NORTHUMBERLAND.* GATESHEAD (GB), SOCIAL SERVICES INSPECTORATE, 1991, 14 pags. Biblio. N4a FOL.42

ANCIANOS, RESIDENCIAS, CONFUSION, EVALUACION DE SERVICIOS, CONTROL

CLIFFORD, D. *THE SOCIAL COSTS AND REWARDS OF CARING. AVEBURY STUDIES OF CARE IN THE COMMUNITY.* ALDERSHOT (GB), AVEBURY, 1990, 259 pags. Biblio. Rlg.97

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEPENDIENTES, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, INTERVENCION INFORMAL, SOLEDAD, CUIDADOR INFORMAL, CARGA FAMILIAR, MUIER, HOMBRE, CARACTERISTICAS POBLACION, ACTITUDES SOCIALES, IRLANDA, REINO UNIDO, ESTUDIO COMPARATIVO, CUESTIONARIOS, CASUISTICA

COHEN-NANSFIELD, J., Y OTROS. "NURSES' AND SOCIAL WORKERS' PERCEPTIONS OF ELDERLY NURSING HOME RESIDENTS' WELL-BEING". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 135-147, Biblio. R.131

ANCIANOS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, TRABAJADOR SOCIAL, ENFERMERA, CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL, AUTONOMIA PERSONAL, DEPRESION, PERCEPCION, ESTUDIO COMPARATIVO

COLLADO, C, Y OTROS. "ALIMENTACION DEL ANCIANO EN EL MEDIO RURAL". *GERIATRICA*, 8, 1, 1992, pags. 51-58, Biblio. R.408

ANCIANOS, ALIMENTACION, MEDIO RURAL, RESIDENCIAS

COLORADO, M. "TIEMPO LIBRE EN LAS INSTITUCIONES". *GERIATRICA*, 1, 9, 1991, pags. 433-434, Biblio. R.408

ANCIANOS, RESIDENCIAS, OCIO, ACTIVIDADES RECREATIVAS, PARTICIPACION USUARIOS

COPELAND, J.R.M., Y OTROS. *THREE EXPERIMENTAL HOMES FOR THE ELDERLY MENTALLY ILL. FINAL REPORT.* LIVERPOOL (GB), INSTITUTE OF HUMAN AGEING, THE, 1990, 72 pags. Biblio. Rln.273

ANCIANOS, CONFUSION, DEMENCIA SENIL, CARACTERISTICAS SERVICIO, COSTE, CARACTERISTICAS USUARIO, AUTONOMIA PERSONAL, ACTITUDES PERSONAL, CALIDAD DE VIDA, EVALUACION DE SERVICIOS, METODOLOGIA, EXPERIENCES, REINO UNIDO

CORNWELL, J. *THE CONSUMERS' VIEW: ELDERLY PEOPLE AND COMMUNITY HEALTH SERVICES.* LONDRES (GB), KING'S FUND CENTRE FOR HEALTH SERVICES DEVELOPMENT, 1989, 38 pags. Biblio. Rln.236

ANCIANOS, SERVICIOS DE SALUD, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, COORDINACION, PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS, SERVICIOS DE APOYO, REINO UNIDO

CRUZ, A.J. "EL INDICE DE KATZ". *REVISTA ESPANOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 26, 5, 1991, pags. 338-348, Biblio. R.355

ANCIANOS, AUTONOMIA PERSONAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, EVALUACION, ESCALAS

DARTON, R., WRIGHT, K. "PSSRU/CHE SURVEY OF PRIVATE AND VOLUNTARY RESIDENTIAL CARE AND NURSING HOMES". *PSSRU BULLETIN*, 8, 1991, pags. 10-11, Biblio. R.864

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, REINO UNIDO

DAUNT, P. *LA VIEILLESSE ET L'INVALIDITE: UN DEFI POUR VEUROPE.* LONDRES (GB), EURO-LINK AGE, 1990, 33 pags. Biblio. K5.21

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, AUTONOMIA PERSONAL, ATENCION, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, ESTUDIO DE NECESIDADES, CALIDAD DE LA ATENCION, RECOMENDACIONES

DEAN, A., Y OTROS. "THE INFLUENCE OF LIVING ALONE ON DEPRESSION IN ELDERLY PERSONS". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 4, 1, 1992, pags. 3-18, Biblio. R.816

ANCIANOS, FORMA DE VIDA, SOLEDAD, SALUD MENTAL, DEPRESION

DEFRANCE, A., Y OTROS. "NECESSITE DE PREVENIR LES MALAISES ET LES CHUTES D'ORIGINE IATROGENE: ETUDE A PARTIR DES HOSPITALISATIONS POUR MALAISE CHEZ LE SUJET AGE". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 9, 1991, pags. 393-397, Biblio. R.660

ANCIANOS, ACCIDENTES, FARMACOS, PREVENCIÓN, TRATA-

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *PUBLIC SUPPORT FOR RESIDENTIAL CARE. REPORT OF A JOINT CENTRAL AND LOCAL GOVERNMENT WORKING PARTY.* LONDRES (GB), DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1987, 124 pags. Biblio. Nla.38

ANCIANOS, RESIDENCIAS, EVALUACION DE SERVICIOS, COSTE, ANALISIS COSTE-EFICACIA, CALIDAD DE LA ATENCION, FINANCIACION, SEGURIDAD SOCIAL, ESTADISTICAS ECONOMICAS, ESTUDIO COMPARATIVO

DHERBEY, B., PITAUD, P. "L'ACTION SOCIALE EN DIRECTION DES POPULATIONS AGEES EN FRANCE". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 8, 1991, pags. 353-358, Biblio. R.660

ANCIANOS, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, RESIDENCIAS, SOLUCIONES RESIDENCIALES, POLITICA DE LA VIEJEZ, FRANCIA

DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. *CRITERIOS BASICOS PARA EQUIPAMIENTOS RESIDENCIALES. (DOCUMENTACION).* JORNADAS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES. PROGRAMAS MUNICIPALES. SAN SEBASTIAN, DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA, 1992, 25 pags. Biblio. Rln.263

ANCIANOS, RESIDENCIAS, CRITERIOS DE ADMISION, NORMATIVA, COSTE, GIPUZKOA

DUMAY, F. "FACTEURS MODIFIANT LE MINI MENTAL STATUS (MMS) CHEZ LES SUIETS AGES DE PLUS DE 65 ANS". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 8, 1991, pags. 339-344, Biblio. R.660

ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, PREVENCIÓN, FACTOR DE RIESGO, EVALUACION, TESTS

ECOLE DES PARENTS ET DES EDUCATEURS D'ILE DE FRANCE. *GRAND AGE ET CRISES FAMILIALES.* PARIS (FR), CLEIRPPA, 1990, 123 pags. Biblio. Rlh.9

ANCIANOS, DEPENDIENTES, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, FAMILIA, CUIDADOR INFORMAL, INTERVENCIÓN INFORMAL, TIPOLOGIA, RELACIONES FAMILIARES, CRITICA, SERVICIOS DE APOYO, DEMENCIA SENIL, ACTITUDES FAMILIA, PROTECCION LEGAL, FRANCIA, REUNIONES

EMERIAU, J.P. "DU VIELLISSEMENT CARDIAQUE NORMAL A L'INSUFFISANCE CARDIAQUE". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 10, 1991, pags. 439-443, Biblio. R.660

ANCIANOS, CARDIOPATIAS, DIAGNOSTICS PATOLOGIA, TRATAMIENTO

ENSEL, W.M. "IMPORTANT" LIFE EVENTS AND DEPRESSION AMONG OLDER ADULTS. THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL RESOURCES". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 3, 4, 1991, pags. 546-566, Biblio. R.816

ANCIANOS, DEPRESION, FACTORES SOCIALES, FACTORES PSICOLOGICOS, APOYO SOCIAL

EVERITT, D.E., Y OTROS. "RESIDENT BEHAVIOR AND STAFF DISTRESS IN THE NURSING HOME". *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 39, 8, 1991, pags. 792-798, Biblio. R.273

ANCIANOS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, CONDUCTA, ACTITUDES USUARIOS, ACTITUDES PERSONAL

FILLENBAUM, G.G. *MULTIDIMENSIONAL FUNCTIONAL ASSESSMENT OF OLDER ADULTS. THE DUKE OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICES PROCEDURES.* HILLSDALE, NJ (USA), LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES,

DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT, 1988, 179pags. Biblio. Rln.267

ANCIANOS, AUTONOMIA PERSONAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, MEDIO FAMILIAR, MEDIO INSTITUCIONAL. COSTE, ESTUDIO DE NECESIDADES, FORMA DE VIDA, EVALUACION, CUESTIONARIOS, INSTRUMENTOS TECNICOS

GILBERT, P.J. "UNA "ESPERANZA" PARA LA MUJER: LA ATENCION A LA ANCIANA EN EL TELEFONO DE LA ESPERANZA DE MADRID". *GERIATRICA*, 7, 9, 1991, pags. 426-432, Biblio. R.408

TELEFONO SOCIAL, UTILIZACION DE SERVICIOS. CARACTERISTICAS USUARIO, ANCIANOS, MUJER, FACTORES SOCIALES

GOODMAN, C.C. "PERCEIVED SOCIAL SUPPORT FOR CAREGIVING: MEASURING THE BENEFIT OF SELF-HELP/SUPPORT GROUP PARTICIPATION". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 163-175, Biblio. R.131

ANCIANOS, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, INTERVENCION INFORMAL, CUIDADOR INFORMAL, APOYO SOCIAL, PERCEPCION, EVALUACION, ESCALAS

HANSELL, S., MECHANIC, D. "BODY AWARENESS AND SELF-ASSESSED HEALTH AMONG OLDER ADULTS". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 3, 4, 1991, pags. 473-492, Biblio. R.816

ANCIANOS, SALUD, EVALUACION, METODOS DE EVALUACION

HEEREN, T.J., Y OTROS. "PREVALENCE OF DEMENTIA IN THE "OLDEST OLD" OF A DUTCH COMMUNITY". *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 39, 8, 1991, pags. 755-759, Biblio. R.273

ANCIANOS. DEMENCIA SENIL, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, HO-

HINRICHSEN, G.A. "ADJUSTMENT OF CAREGIVERS TO DEPRESSED OLDER ADULTS". *PSYCHOLOGY AND AGING*, 6, 4, 1991, pags. 631-639, Biblio. R.751

ANCIANOS, DEPRESION, CUIDADOR INFORMAL, ADAPTACION PERSONAL

HOLDEN, U.P., WOODS, R.T. *REALITY ORIENTATION. PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE "CONFUSED" ELDERLY.* 2°- ED. LONDRES (GB), CHURCHILL LIVINGSTONE, 1988, 341 pags. Biblio. Rib. 12

ANCIANOS, CONFUSION, ETIOLOGIA, TRATAMIENTO, GRUPO, PROGRAMAS Y METODOS, EVALUACION, FORMACION DE PERSONAL, MANUALES

HOROBIN, G. *RESPONDING TO MENTAL ILLNESS. RESEARCH HIGHLIGHTS IN SOCIAL WORK 11.* LONDRES (GB), KOGAN PAGE, 1985, 143 pags. Biblio. A6.78

ENFERMEDADES MENTALES, ANCIANOS, MEDIO FAMILIAR, ESTRES FAMILIA, TRABAJO SOCIAL, TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO, PSIQUIATRIA, PSICOGERIATRIA, NORMATIVA

HUGONOT, R., HUGONOT, L. *ATLAS DU VIEILLISSEMENT ET DE LA VIEILLESSE.* TOULOUSE (FR), ERES, 1988, 455 pags. Biblio. R1.50

ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, BIOLOGIA, ESTADISTICAS DE POBLACION, CARACTERISTICAS POBLACION, FORMA DE VIDA, INDICADOR DE SALUD, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, ENFERMEDAD, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, SUICIDIO, ACCIDENTES, DELINCUENCIA, MORBILIDAD, DEFICIENCIAS, UTILIZACION DE SERVICIOS, NUTRICION, DATOS ESTADISTICOS, FRANCIA

HUSTON, L. "SHIFTS IN THE WELFARE MIX - SOCIAL INNOVATION IN WELFARE POLICIES: THE CASE OF CARE FOR THE ELDERLY". *EUROSOCIAL REPORTS*, 38, 1991, pags. 83, Biblio. R.285

ANCIANOS, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, INTERVENCION INFORMAL, REUNIONES, PANORAMA INTERNACIONAL

ILLSLEY, R., Y OTROS. *CARE SYSTEMS AND CARE DELIVERY PROBLEMS. EN: CONTRASTING EUROPEAN POLICIES FOR THE CARE OF OLDER PEOPLE.* HANTS (GB), AVEBURY, 1990, 83-188 pags. Biblio. Rln.252

ANCIANOS, SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS DE SALUD, POLITICA SOCIAL, ATENCION COMUNITARIA, COSTE, FINANCIACION, COORDINACION, INNOVACIONES, ALEMANIA, FRANCIA, IRLANDA, USA

JAMIESON, A., ILLSLEY, R. *CONTRASTING EUROPEAN POLICIES FOR THE CARE OF OLDER PEOPLE.* HANTS (GB), AVEBURY, 1990, 188 pags. Biblio. Rln.252

ANCIANOS, ATENCION COMUNITARIA, INTERVENCION INFORMAL, CUIDADOR INFORMAL, COORDINACION, POLITICA SOCIAL, TEORIA, PANORAMA INTERNACIONAL

JAMIESON, A, Y OTROS. *THE RELATIONSHIP BETWEEN FORMAL AND INFORMAL CARE. EN: CONTRASTING EUROPEAN POLICIES FOR THE CARE OF OLDER PEOPLE.* HANTS (GB), AVEBURY, 1990, 1-79 pags. Biblio. Rln.252

ANCIANOS, ATENCION, INTERVENCION INFORMAL, CUIDADOR INFORMAL, TEORIA, CRITICA, PANORAMA INTERNACIONAL

KAYE, L.W., REISMAN, S.I. "LIFE PROLONGATION TECHNOLOGIES IN HOME CARE FOR THE FRAIL ELDERLY: ISSUES FOR TRAINING, POLICY, AND RESEARCH". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 79-91, Biblio. R.131

-ANCIANOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ATENCION SANITARIA, AYUDAS TECNICAS, NUEVAS TECNOLOGIAS, RECOMENDACIONES

KROUT, J.A. "SENIOR CENTER PARTICIPATION: FINDINGS FROM A MULTIDIMENSIONAL ANALYSIS". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 244-257, Biblio. R.814

ANCIANOS, CENTROS DE RECURSOS PARA ANCIANOS, HOGARES DE JUBILADOS, ACTIVIDADES RECREATIVAS, PARTICIPACION USUARIOS, FACTORES SOCIALES, ESTUDIO DESCRIPTIVO, USA

KUK, F.K., PAPE, N.M.C. "THE RELIABILITY OF A MODIFIED SIMPLEX PROCEDURE IN HEARING AID FREQUENCY-RESPONSE SELECTION". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, pags. 418-429, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ORTOPROTESIS, ADULTOS, ANCIANOS, AUDIOLOGIA

LACZKO, F., PHILLIPSON, C. *CHANGING WORK AND RETIREMENT*. BUCKINGHAM (GB), OPEN UNIVERSITY PRESS, 1991, 150 pags. Biblio. Rld.15

ANCIANOS, JUBILACION, ESTADISTICAS DE POBLACION, POBLACION ACTIVA, PREJUBILACION, POLITICA SOCIAL, SEGURIDAD SOCIAL, EVOLUCION, PERSPECTIVAS

LAFORGE, R.G., Y OTROS. "THE RELATIONSHIP OF VISION AND HEARING IMPAIRMENT TO ONE-YEAR MORTALITY AND FUNCTIONAL DECLINE". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 4, 1, 1992, pags. 126-148, Biblio. R.816

ANCIANOS, DEFICIENCIA AUDITIVA, DEFICIENCIA VISUAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, AUTONOMIA PERSONAL, MORTALIDAD

LAMOUR, Y. "BIOLOGIE DES DEMENCES DE TYPE ALZHEIMER: DONNEES RECENTES". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 17, 1, 1992, pags. 7-21, Biblio. R.660

ANCIANOS, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ETIOLOGIA, NEUROLOGIA, PATOLOGIA, BIOLOGIA

LEWIS, D. *AN INFORMATION DESIGN AUDIT OF INFORMATION ABOUT RESIDENTIAL CARE. INFORMATION POLICY WORKING PAPER 2*. LONDRES (GB), POLICY STUDIES INSTITUTE, 1991, 43 pags. Biblio. Nla.37

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, MENORES, RESIDENCIAS, SERVICIOS SOCIALES, INFORMACION, RECOMENDACIONES

LIGHT, E., LEBOWITZ, B.D. *ALZHEIMER'S DISEASE TREATMENT AND FAMILY STRESS: DIRECTIONS FOR RESEARCH*. ROCKVILLE (USA), NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 1989, 486 pags. Biblio. Rla.49

DEMENCIA SENIL, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, TRATAMIENTO, ESTRES, ESTRES FAMILIA, CUIDADORES, ASESORAMIENTO, INVESTIGACION, CONDUCTA, TERAPIA COGNITIVA, INTERVENCION FAMILIAR, SALUD, SALUD MENTAL, CARGA FAMILIAR

LONG, CM. "FAMILY CARE OF THE ELDERLY: STRESS, APPRAISAL, AND COPING". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 311-327, Biblio. R.814

ANCIANOS, MEDIO FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, INTERVENCION INFORMAL, ESTRES FAMILIA, ADAPTACION PERSONAL

LORENT, C, Y OTROS. "PROFESSIONALS ET BENEVOLES: PARTENAIRES?". *REVUE D'ACTION SOCIALE*, 5, 1991, pags. 27-81, Biblio. R.734

VOLUNTARIADO, SERVICIOS SOCIALES, COLABORACION, RESIDENCIAS, ANCIANOS, NIÑOS, MOTIVACION, BELGICA

MACE, N.L., Y OTROS. *THE 36 HOUR DAY. CARING AT HOME FOR CONFUSED ELDERLY PEOPLE*. LONDRES (GB), AGE CONCERN ENGLAND, 1985, 232 págs. Biblio. Rlg.96

ANCIANOS, DEPENDIENTES, CONFUSION, DEMENCIA SENIL, CONCEPTO, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, CARGA FAMILIAR, INTERVENCION INFORMAL, SERVICIOS DE APOYO, RECOMENDACIONES

MAILLAUD, E., Y OTROS. "LISTE LIMITATIVE DE MEDICAMENTS EN MILIEU INSTITUTIONNEL GERIATRIQUE: PRINCIPES, CRITERES DE SELECTION ET OBSERVANCE". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 9, 1991, pags. 415-419, Biblio. R.660

ANCIANOS, RESIDENCIAS, TRATAMIENTO, FARMACOS, SELEC

MEAD, N.B. "SOME NURSING HOME EXPERIENCES". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 3-15, Biblio. R.131

ANCIANOS, ATENCION SANITARIA, RESIDENCIAS ASISTIDAS, ATENCION COMUNITARIA, ACTITUDES USUARIOS, CASUISTICA, EXPERIENCIAS

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS. *PENSIONER IN DENMARK*. COPENAGUE (DK), MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS, 1990, 16 pags. Biblio. Rln FOL.102

ANCIANOS, PRESTACIONES SOCIALES, PENSIONES, DINAMARCA

MOR-BARAK, M.E., MILLER, L.S. "A LONGITUDINAL STUDY OF THE CAUSAL RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL NETWORKS AND HEALTH OF THE POOR FRAIL ELDERLY". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 293-310, Biblio. R.814

ANCIANOS, SALUD, ENFERMEDAD, APOYO SOCIAL, EFECTOS, ESTUDIO DESCRIPTIVO, SEGUIMIENTO

MOREL-VULLIEZ, P., CHAPUY, P.H. "UNE THERAPEUTIQUE DE LA DEMENCE: LA REORIENTATION DES MALADES DEMENTS?". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 9, 1991, pags. 387-392, Biblio. R.660

ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, CONFUSION, TRATAMIENTO, PROGRAMAS Y METODOS, RESIDENCIAS

MOULIAS, R., Y OTROS. "UNE SI LONGUE ATTENTE OU LE RATIO SURCOUT/INEFFICACITE DE L'AIDE SOCIALE EN GERIATRIE". *REVUE DE GERIATRIE, LA*, 16, 9, 1991, pags. 383-386, Biblio. R.660

ANCIANOS, INTERVENCION SOCIAL, DEPENDIENTES, ATENCION COMUNITARIA, RESIDENCIAS, INSTITUCIONALIZACION, TOMA DE DECISIONES, CRITICA, FRANCIA

NATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH AUTHORITIES. *HANDBOOK ON THE REGISTRATION AND INSPECTION OF NURSING HOMES. 1988 SUPPLEMENT*. BIRMINGHAM (GB), NATIONAL

ASSOCIATION OF HEALTH AUTHORITIES, 1988, 28 pags. Biblio. N4a.97

ANCIANOS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, EVALUACION DE SERVICIOS, FARMACOS, CONTROL, REGISTRO, QUEJAS, TRIBUNALES, PROCEDIMIENTO, ORGANIZACION DE SERVICIOS

NELISSEN, J., VOSSEN, A. *WHO IS AFRAID OF POPULATION? DEMO-ECONOMIC SCENARIOS FOR THE NETHERLANDS.* LE TILBURG (NE), TILBURG UNIVERSITY, 1991, 33 pags. Biblio. G8.33

ANCIANOS, DEMOGRAFIA, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, EVALUACION, POBLACION ACTIVA, HOLANDA

NESTOR, NETHERLANDS INSTITUTE OF GERONTOLOGY. *LONG TERM PROGRAMME.* NIJMEGEN (NL), NESTOR, NETHERLANDS INSTITUTE OF GERONTOLOGY, 1989, 45 pags. Biblio. Rln.262

ANCIANOS, ATENCION GERIATRICA, INVESTIGACION, ENFERMEDAD, ESTUDIO DE NECESIDADES, PRESTACIONES ECONOMICAS, FORMA DE VIDA, APOYO SOCIAL, GENERALIDADES, HOLANDA

PALACIOS, J., Y OTROS. "PROBLEMATICA DE LA VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA. ESTUDIO DE UN CASO". *REVISTA ESPANOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 26, 5, 1991, pags. 332-337, Biblio. R.355

ANCIANOS, CALIDAD DE VIDA, RESIDENCIAS, EVALUACION, CUESTIONARIOS, ESTUDIO COMPARATIVO

PALMER, D.S. "CO-LEADING A FAMILY COUNCIL IN A LONG-TERM CARE FACILITY". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 121-134, Biblio. R.131

ANCIANOS, RESIDENCIAS, TRABAJO SOCIAL, ORGANIZACION DE SERVICIOS, PARTICIPACION FAMILIA

PARKER, R. *ELDELYPEOPLE AND COMMUNITY CARE: THE POLICY BACKGROUND. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE.* LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 5-22 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, POLITICA SOCIAL, ATENCION COMUNITARIA, GASTO SOCIAL, RESIDENCIAS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ESTRUCTURA DE GASTO, REINO UNIDO

PARKER, R., Y OTROS. *FINANCIAL BACKGROUND. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE.* LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 43-65 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, POBREZA, NIVEL DE VIDA, ESTATUS SOCIOECONOMICO, REINO UNIDO

PARKER, R.A. *THE ELDERLY AND RESIDENTIAL CARE. AUSTRALIAN LESSONS FOR BRITAIN.* ALDERSHOT (GB), GOWER, 1987, 128 pags. Biblio. Rln.238

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, COSTE, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, SERVICIOS ALTERNATIVOS, REINO UNIDO, AUSTRALIA

PETCHERS, M.K., Y OTROS. "BARRIERS TO IMPLEMENTATION OF A COOPERATIVE MODEL OF RESPITE CARE". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 17-31, Biblio. R.131

ANCIANOS, SERVICIOS DE ALIVIO, ORGANIZACION DE SERVICIOS, CRITICA, RESULTADOS

PRO SENECTUTE. *RAPPORT SUR LA SITUATION DANS LES CANTONS RELATIVE A LA SURVEILLANCE ET AU CONTROLE DES HOMES POUR PERSONNES AGEES ET DES ETABLISSEMENTS POUR MALADES CHRONIQUES AGES AINSI QU'AU DROIT DE PLAINTES DES PENSIONNAIRES.* ZURICH (CH), PRO SENECTUTE, 1991, 59 pags. Biblio. Rln.239

ANCIANOS, ENFERMEDADES CRONICAS, RESIDENCIAS, REGISTRO, CONTROL, QUEJAS, NORMATIVA, PANORAMA INTERNACIONAL

RAKOWSKI, W., Y OTROS. "THE ASSOCIATION OF SELF-RATED HEALTH WITH TWO-YEAR MORTALITY IN A SAMPLE OF WELL ELDERLY". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 3, 4, 1991, pags. 527-545, Biblio. R.816

ANCIANOS, SALUD, AUTOCONCEPTO, MORTALIDAD, PREDICION

RALSTON, P.A. "DETERMINANTS OF SENIOR CENTER ATTENDANCE AND PARTICIPATION". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 258-273, Biblio. R.814

ANCIANOS, CENTROS DE RECURSOS PARA ANCIANOS, HOGARES DE JUBILADOS, ACTIVIDADES RECREATIVAS, PARTICIPACION USUARIOS, UTILIZACION DE SERVICIOS, FACTORES SOCIALES, ESTUDIO DESCRIPTIVO, USA

RIBERA, J.M., Y OTROS. "NUMERO MONOGRAFICO SOBRE CARDIOLOGIA GERIATRICA: PERICARDIO, ENDOCARDIO Y MIOCARDIO". *REVISTA ESPANOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA*, 26, 6, 1991, pags. 75, Biblio. R.355

ANCIANOS, CARDIOPATIAS, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, TRATAMIENTO

ROBERTS, S., Y OTROS. *FINDING OUT ABOUT RESIDENTIAL CARE: RESULTS OF A SURVEY OF USERS. INFORMATION POLICY WORKING PAPER 3.* LONDRES (GB), POLICY STUDIES INSTITUTE, 1991, 125 pags. Biblio. N1.77

ANCIANOS, JUVENTUD, INSTITUCIONALIZACION, RESIDENCIAS, INFORMACION, TOMA DE DECISIONES, SATISFACCION

ROGERS, R.G., Y OTROS. "DISABILITY-FREE LIFE AMONG THE ELDERLY IN THE UNITED STATES". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 4, 1, 1992, pags. 19-42, Biblio. R.816

ANCIANOS, SALUD, DEFICIENCIAS, CALIDAD DE VIDA, INDICADOR DE SALUD, FACTORES SOCIALES

SALGADO, A., GUILLEN, F. *MANUAL DE GERIATRIA.* BARCELONA, SAL VAT, 1990, 596 pags. Biblio. Rln.50

ANCIANOS, GERIATRIA, ATENCION GERIATRICA, MANUALES

SCHULZ, R., WILLIAMSON, G.M. "A 2-YEAR LONGITUDINAL STUDY OF DEPRESSION AMONG ALZHEIMER'S CAREGIVERS". *PSYCHOLOGY AND AGING*, 6, 4, 1991, pags. 569-578, Biblio. R.751

ANCIANOS, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, CUIDADOR INFORMAL, DEPRESION, APOYO SOCIAL

SECRETARIA DE SERVICIOS SOCIALES. SITUACION SOCIO-SANITARIA DE LOS ANCIANOS EN ALAVA. VITORIA-GASTEIZ, DIPUTACION FORAL DE ALAVA, 1991, 250 pags. Biblio. R1.48

ANCIANOS, SALUD, SITUACION SOCIAL, ESTADISTICAS DE POBLACION, FORMA DE VIDA, CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL, INGRESOS, AUTONOMIA PERSONAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, ESTUDIO DESCRIPTIVO, ENCUESTAS, CUESTIONARIOS, ALAVA

SINCLAIR, I. CARERS: THEIR CONTRIBUTION AND QUALITY OF LIFE. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 87-105 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, CUIDADORES. CALIDAD DE VIDA. FORMA DE VIDA, APOYO SOCIAL, INTERVENCION INFORMAL, MUJER, TIPOLOGIA, CONCEPTO, CARACTERISTICAS SERVICIO, COMPANEROS, VEJECIDAD, IMPACTO

SINCLAIR, I. RESIDENTIAL CARE. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 197-215 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, RESIDENCIAS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, CRITERIOS DE ADMISION, AUTONOMIA PERSONAL, POBREZA, VIVIENDA, ACTITUDES SOCIALES, ACTITUDES USUARIOS, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., WILLIAMS, J. DEMOGRAPHY, HEALTH AND PERSONAL RESOURCES. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 23-42 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, DEMOGRAFIA, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, SOCIOLOGIA, ACTITUDES SOCIALES, FAMILIA, DEFICIENCIAS, SALUD, AUTONOMIA PERSONAL, VIVIENDA

SINCLAIR, I., WILLIAMS, J. ELDERLY PEOPLE: COPING AND QUALITY OF LIFE. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 67-86 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, CALIDAD DE VIDA, DEPRESION, ADAPTACION PERSONAL, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., WILLIAMS, J. ALLOCATION: THE ROLES OF GENERAL PRACTITIONERS, SOCIAL WORKERS, HOSPITALS AND HEALTH VISITORS. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR

ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 139-158 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, PRESTACIONES, ASESORAMIENTO, MEDICOS, ENFERMERA, PROFESIONES, PERFIL PROFESIONAL

SINCLAIR, I., WILLIAMS, J. DOMICILIARY SERVICES. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 159-178 pags. Biblio. Rln.203

ASISTENCIA DOMICILIARIA, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, RECOMENDACIONES, ANCIANOS, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., WILLIAMS, J. SETTING-BASED SERVICES. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 179-196 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, SERVICIOS Y CENTROS, CENTROS DE DIA, SERVICIOS DE ALIVIO, VIVIENDA ASISTIDA, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, RECOMENDACIONES, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., Y OTROS. EVALUATING EFFECTS OF INSTITUTIONAL TREATMENT. EN: EVALUATIVE RESEARCH IN SOCIAL CARE. LONDRES (GB), POLICY STUDIES INSTITUTE, 1981, 99-148 pags. Biblio. N4a.94

ANCIANOS, NINOS. RESIDENCIAS, EVALUACION DE SERVICIOS, METODOS DE EVALUACION, INDICADORES, RESULTADOS

SINCLAIR, I., Y OTROS. THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 485 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, SOLUCIONES RESIDENCIALES, RESIDENCIAS, CALIDAD DE VIDA, POBREZA, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., Y OTROS. CARE AND THE VOLUNTARY SECTOR. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 227-290 pags. Biblio. Rln.203

SERVICIOS SOCIALES, ANCIANOS, ATENCION, VOLUNTARIADO, PERSONAL VOLUNTARIO, ORGANIZACION DE SERVICIOS, RESIDENCIAS, ACTITUDES PROFESIONALES

SINCLAIR, I., Y OTROS. CARE AND THE PRIVATE SECTOR. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 291-296 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, ATENCION, SECTOR PUBLICO, SECTOR PRIVADO, CONTROL, ESTANDARES.

SINCLAIR, I., Y OTROS. PRIVATE RESIDENTIAL HOMES AND NURSING HOMES. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 297-316 pags. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, RESIDENCIAS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, DATOS ESTADISTICOS, ESTANDARES, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, SECTOR PRIVADO, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., Y OTROS. *PRIVATE DOMESTIC HELP AND CARE. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE.* LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 317-331 pags. Biblio. Rln.203
ANCIANOS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, SECTOR PRIVADO, TENDENCIAS, REINO UNIDO

SINCLAIR, I., Y OTROS. *THE DISTRIBUTION OF PRIVATE CARE SERVICES. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE.* LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 333-348 pags. Biblio. Rln.203
ANCIANOS, SECTOR PRIVADO, RESIDENCIAS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, MAPA DE SERVICIOS, REINO UNIDO

SMITH, G., Y OTROS. "AGE-ASSOCIATED MEMORY IMPAIRMENT DIAGNOSES: PROBLEMS OF RELIABILITY AND CONCERNS FOR TERMINOLOGY". *PSYCHOLOGY AND AGING*, 6, 4, 1991, pags. 551-558, Biblio. R.751
ANCIANOS, MEMORIA, ENVEJECIMIENTO, CRITERIOS

SOMERSET HEALTH AUTHORITY. *CONSULTATION DOCUMENT: STRATEGY FOR THE CARE OF THE ELDERLY 1985-1994.* TAUNTON (GB), SOMERSET HEALTH AUTHORITY, 1985, 58 pags. Biblio. Rln.257
ANCIANOS, ATENCION, SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS DE SALUD, UTILIZACION DE SERVICIOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, ESTADISTICAS ECONOMICAS, MAPA DE SERVICIOS, ATENCION COMUNITARIA, SOLUCIONES RESIDENCIALES, VIVIENDA ASISTIDA. HOSPITAL, PERSONAL, COSTE, RECOMENDACIONES

SPECTOR, W.D., TAKADA, H.A. "CHARACTERISTICS OF NURSING HOMES THAT AFFECT RESIDENT OUTCOMES". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 3, 4, 1991, pags. 427-454, Biblio. R.816
ANCIANOS, RESIDENCIAS ASISTIDAS, EVALUACION DE SERVICIOS, CALIDAD DE LA ATENCION, INDICADORES, USA

STEPHENS, M.A.P., Y OTROS. "SOURCES OF STRESS FOR FAMILY CAREGIVERS OF INSTITUTIONALIZED DEMENTIA PATIENTS". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 328-342, Biblio. R.814
ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, MEDIO FAMILIAR, INSTITUCIONALIZACION, RESIDENCIAS ASISTIDAS, CARGA FAMILIAR, ESTRES FAMILIA, ETIOLOGIA

STEVENS, E.S. "TOWARD SATISFACTION AND RETENTION OF SENIOR VOLUNTEERS". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, pags. 33-41, Biblio. R.131
ANCIANOS, OCIO, VOLUNTARIADO, SATISFACCION, FACTORES SOCIALES

STEVENSON, O. *AGE AND VULNERABILITY. A GUIDE TO BETTER CARE.* LONDRES (GB), EDWARD ARNOLD, 1989, 136 pags. Biblio. Rln.265
ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO, PSICOLOGIA, ATENCION GERIATRICA, ATENCION COMUNITARIA, CUIDADOR INFORMAL, INTERVENCION INFORMAL, INTERVENCION SOCIAL, RESIDENCIAS, SERVICIOS ALTERNATIVOS, COORDINACION, REINO UNIDO

STRAW, L.B., Y OTROS. "SUPPORT SYSTEM PARTICIPATION IN SPOUSAL CAREGIVING: ALZHEIMER'S DISEASE VERSUS OTHER ILLNESS". *JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY*, 10, 3, 1991, pags. 359-371, Biblio. R.814
ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, INTERVENCION INFORMAL, INTERVENCION SOCIAL, CUIDADOR INFORMAL, ESTUDIO COMPARATIVO

TENNSTEDT, S., Y OTROS. "DEPRESSION AMONG CAREGIVERS OF IMPAIRED ELDERS". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 4, 1, 1992, pags. 58-76, Biblio. R.816
ANCIANOS, CUIDADOR INFORMAL, CAROA FAMILIAR, DEPRESION, EVALUACION

TENO, J., LYNN, J. "VOLUNTARY ACTIVE EUTHANASIA; THE INDIVIDUAL CASE AND PUBLIC POLICY". *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 39, 8, 1991, pags. 827-830, Biblio. R.273
ANCIANOS, EUTANASIA, ETICA, LEGALIZACION, CRITICA

THORNTON, P. *CREATING A BREAK. A HOME CARE RELIEF SCHEME FOR ELDERLY PEOPLE AND THEIR SUPPORTERS.* SURREY (GB), AGE CONCERN ENGLAND, 204 pags. Biblio. Rln.266
ANCIANOS, DEPENDIENTES, ATENCION COMUNITARIA, ASISTENCIA DOMICILIARIA, INTERVENCION INFORMAL, PERSONAL VOLUNTARIO, CUIDADORES, SERVICIOS DE APOYO, CARACTERISTICAS SERVICIO, CARACTERISTICAS POBLACION, PROYECTOS PILOTO, EVALUACION DE SERVICIOS, ESTUDIO DESCRIPTIVO, METODOLOGIA, RECOMENDACIONES, REINO UNIDO

TOWNSEND, P. *THE OLDER WORKER. EN: POVERTY IN THE UNITED KINGDOM.* BERKELEY (GB), UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1979, 652-684 pags. Biblio. G4a.71
POBREZA, ANCIANOS, TRABAJADOR, JUBILACION, JUBILACION ANTICIPADA, DEFICIENCIA FISICA, FORMACION PROFESIONAL, CLASE SOCIAL, INGRESOS, MUJER, REINO UNIDO

TOWNSEND, P. *OLD PEOPLE. EN: POVERTY IN THE UNITED KINGDOM.* BERKELEY (GB), UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1979, 784-822 pags. Biblio. G4a.71
ANCIANOS, POBREZA, DESIGUALDAD SOCIAL, INGRESOS, NIVEL DE VIDA, ESTADISTICAS DE POBLACION, JUBILACION, CLASE SOCIAL, AISLAMIENTO

U.N.E.S.C.O., CLEIRPPA. *LE ROLE DES FAMILLES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES. ACTES DU COLLOQUE-OCTOBRE 1987.* PARIS (FR), FONDATION DE FRANCE, 1987, 190 pags. Biblio. Rlh.8

ANCIANOS. DEPENDIENTES, MEDIO FAMILIAR, CARGA FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, APOYO SOCIAL. INTERVENCION INFORMAL, INTERVENCION SOCIAL. SERVICIOS DE APOYO, INCAPACIDAD JURIDICA. RECOMENDACIONES, REUNIONES, FRANCIA

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. "PERSONNES AGEES DEPENDANTES: HIER, AUJOURD'HUI. ET DEMAIN?". *REALITES FAMILIALES*, 8, 1988, págs. 68, Biblio. R.937

ANCIANOS. ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, DATOS ESTADISTICOS, SALUD. INDICADOR DE SALUD, AUTONOMIA PERSONAL, SOLUCIONES RESIDENCIALES, FRANCIA

VALLS, M. *ENVELLIMENT I SERVEIS SOCIALS*. BARCELONA, PORTIC, 1991, 168 págs. Biblio. Rlg.74

ANCIANOS, SERVICIOS SOCIALES, NORMATIVA, PARTICIPACION USUARIOS. ASOCIACIONES, ATENCION COMUNITARIA, ASISTENCIA DOMICILIARIA, CENTROS DE DIA, RESIDENCIAS, SOLUCIONES RESIDENCIALES. CATALUÑA

VERMETTE, G. "VIEILLIR, AVOIR UN PROBLEME D'ALCOOL ET EN SORTIR. VIVANT". *PSYCHOTROPE*, 7, 1, 1991, págs. 47-53, Biblio. R.955

DROGODEPENDENCIAS. ALCOHOLISMO, ANCIANOS. PERSONAL SANITARIO, ACTITUDES PERSONAL, RELACION PROFESIONAL-CLIENTE

VOSSEN, A. *POPULATION AGEING AND PUBLIC EXPENDITURE. IS POPULATION POLICY THE ANSWER?*. LE TILBURG (NE), TILBURG UNIVERSITY, 1990, 32 págs. Biblio. Rlg.88

ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, ESTADISTICAS DE POBLACION, MIGRACION. MORTALIDAD, FERTILIDAD, GASTO SOCIAL, HOLANDA

VOSSEN, A., JANSSEN, T. *COUTERING SOCIO-ECONOMIC CONSEQUENCES OF AGEING: THE CASE OF THE NETHERLANDS*. LE TILBURG (NE), TILBURG UNIVERSITY, 1987, 16 págs. Biblio. Rlg.87

ANCIANOS. ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO, GASTO SOCIAL, ECONOMIA. HOLANDA

VULSJE, H. *LES PERSONNES AGEES ONT VOIX AU CHAPITRE. SITUATION ET POLITIQUE RELATIVE AUX PERSONNES AGEES 1990-1994*. RIJSWUK (NL), MINISTERE DU BIEN-ETRE, DE LA SANTE ET DE LA CULTURE, 1991, 24 págs. Biblio. Rlg FOL. 31

ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO. POLITICA SOCIAL, POLITICA SANITARIA, HOLANDA

WASYLENKY, D.A., Y OTROS. *PSYCHOGERIATRICS. A PRACTICAL HANDBOOK*. LONDRES (GB), IESSICA KINGSLEY, 1987, 221 págs. Biblio. Rln.249

ANCIANOS, ENFERMEDADES MENTALES, DEMENCIA SENIL, PSICOGERIATRIA, RESIDENCIAS, ATENCION COMUNITARIA, EVALUACION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, FARMACOS, MANUALES

WEINER, A. "A COMMUNITY-BASED EDUCATION MODEL FOR IDENTIFICATION AND PREVENTION OF ELDER ABUSE". *JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK*, 16, 3-4, 1991, págs. 107-119, Biblio. R.131

ANCIANOS, MALOS TRATOS, DETECCION, PREVENCION. INFORMACION, INTERVENCION SOCIAL, ATENCION COMUNITARIA

WHEELER, R. *HOUSING AND HEALTH IN OLD AGE: A RESEARCH AGENDA. DISCUSSION PAPER 21*. YORK (GB), CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS, 1986, 26 págs. Biblio. Rln.272

ANCIANOS, FORMA DE VIDA, SOLUCIONES RESIDENCIALES, VIVIENDA. POLITICA SOCIAL, AUTONOMIA PERSONAL, SALUD, PROPUESTAS

WILLCOCKS, D., Y OTROS. *THE RESIDENTIAL LIFE OF OLD PEOPLE. A STUDY IN 100 LOCAL AUTHORITY HOMES, VOL. 1. RESEARCH REPORT N° 12*. LONDRES (GB), POLYTECHNIC OF NORTH LONDON, THE, 1982, 613 págs. Biblio. Rln.253

ANCIANOS, RESIDENCIAS, CARACTERISTICAS USUARIO, CARACTERISTICAS PERSONAL, CARACTERISTICAS SERVICIO, INTERACCION SOCIAL. MEDIO FISICO, EVALUACION DE SERVICIOS, SATISFACCION, CALIDAD DE LA ATENCION, ESTUDIO DESCRIPTIVO, REINO UNIDO

WILLIAMS, J. *ELDERS FROM BLACK AND MINORITY ETHNIC COMMUNITIES. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE*. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 107-134 págs. Biblio. Rln.203

ANCIANOS, MINORIAS ETNICAS, ETNIA, VIVIENDA, TRABAJO, POBREZA, PRESTACIONES, SALUD, DEFICIENCIAS, CUIDADORES, UTILIZACION DE SERVICIOS

WINOGRAD, C.H., Y OTROS. "SCREENING FOR FRAILTY: CRITERIA AND PREDICTORS OF OUTCOMES". *JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY*, 39, 8, 1991, págs. 778-784, Biblio. R.273

ANCIANOS, HOSPITALIZACION, INSTITUCIONALIZACION, RESIDENCIAS ASISTIDAS, PREDICCION

WRIGHT, K. *THE ECONOMICS OF INFORMAL CARE OF THE ELDERLY. DISCUSSION PAPER 23*. YORK (GB), CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS, 1987, 31 págs. Biblio. Rlg.86

ANCIANOS, DEPENDIENTES, CARGA FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, INTERVENCION INFORMAL, COSTE, ESTADISTICAS ECONOMICAS, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, REINO UNIDO

WRIGHT, K. *COST-EFFECTIVENESS IN COMMUNITY CARE. DISCUSSION PAPER 33*. YORK (GB), CENTRE FOR HEALTH ECONOMICS, 1987, 48 págs. Biblio. G9.252

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ENFERMEDADES MENTALES. ATENCION COMUNITARIA. SERVICIOS SOCIALES, RESIDENCIAS, HOSPITAL, ANALISIS COSTE-EFICACIA, METODOLOGIA, REINO UNIDO

MUJER

"LA MUJER EN CIFRAS". *MUJERES*, 6, 1991, pags. 35-36, Biblio. R.909

MUJER, POLITICA, DATOS ESTADISTICOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, AUTONOMIAS

ALLEN, I., Y OTROS. *INFORMAL CARE TOMORROW. PSI OCCASIONAL PAPER*. LONDRES (GB), POLICY STUDIES INSTITUTE, 1987, 44 pags. Biblio. Rln.264

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, DEPENDIENTES, INTERVENCION INFORMAL, CARGA FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, VOLUNTARIADO, PERSPECTIVAS

BIEGEL, D.E., BLUM, A. *AGING AND CAREGIVING. THEORY, RESEARCH, AND POLICY*. LONDRES (GB), SAGE PUBLICATIONS, 1990, 294 pags. Biblio. R1.44

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, CARGA FAMILIAR, INTERVENCION INFORMAL, ESTRES FAMILIA, INVESTIGACION, METODOLOGIA, TEORIA, ESTUDIO DESCRIPTIVO

CALASANTI, T.M., BAILEY, C.A. "GENDER INEQUALITY AND THE DIVISION OF HOUSEHOLD LABOR IN THE UNITED STATES AND SWEDEN: A SOCIALIST-FEMINIST APPROACH". *SOCIAL PROBLEMS*, 38, 1, 1991, pags. 34-53, Biblio. R.692

MUJER, FEMINISMO, TRABAJO DOMESTICO, DISCRIMINACION SEXUAL, USA, SUECIA

CARLEN, P. *ALTERNATIVES TO WOMEN'S IMPRISONMENT*. BUCKINGHAM (GB), OPEN UNIVERSITY PRESS, 1990, 137 pags. Biblio. G3.56

MUJER, PRISION, LIBERTAD CONDICIONAL, ALTERNATIVAS, NORMATIVA, REINO UNIDO

CLIFFORD, D. *THE SOCIAL COSTS AND REWARDS OF CARING. AVEBURY STUDIES OF CARE IN THE COMMUNITY*. ALDERSHOT (GB), AVEBURY, 1990, 259 pags. Biblio. Rlg.97

ANCIANOS, DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEPENDIENTES, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, INTERVENCION INFORMAL, SOLEDAD, CUIDADOR INFORMAL, CARGA FAMILIAR, MUJER, HOMBRE, CARACTERISTICAS POBLACION, ACTITUDES SOCIALES, IRLANDA, REINO UNIDO, ESTUDIO COMPARATIVO, CUESTIONARIOS, CASUISTICA

DAVIDSON, R., ERSKINE, A. *POVERTY DEPRIVATION AND SOCIAL WORK. RESEARCH HIGHLIGHTS IN SOCIAL WORK 22*. LONDRES (GB), JESSICA KINGSLEY, 1992, 158 pags. Biblio. G4a.81

POBREZA, TRABAJO, PARO, ANCIANOS, MINORIAS ETNICAS, MUJER, FAMILIAS MONOPARENTALES, TRABAJO SOCIAL, SERVICIOS SOCIALES, INTERVENCION INFORMAL, REINO UNIDO

DEAKIN, N., WICKS, M. *FAMILIES AND THE STATE. OCCASIONAL PAPER N° 8*. LONDRES (GB), FAMILY POLICY STUDIES CENTRE, 1988, 40 pags. Biblio. Glh.36

FAMILIA, POLITICA SOCIAL, DIVORCIO, MUJER, VIVIENDA, ATENCION COMUNITARIA

DUPRE, J.P., Y OTROS. *PAUVRETE-PRECARITE. TENTATIVES DE MESURE*. PARIS (FR), C.R.E.D.O.C, 1986, 230 pags. Biblio. G4a.93

POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, CARACTERISTICAS POBLACION, FAMILIA, NIVEL DE VIDA, PARO, BAREMOS, FAMILIAS MONOPARENTALES, INGRESOS, ACTITUDES PROFESIONALES, SERVICIOS SOCIALES, MIGRACION, MUJER, JUVENTUD, PRESTACIONES, POLITICA SOCIAL, FRANCIA

GILBERT, P.J. "UNA "ESPERANZA" PARA LA MUJER: LA ATENCION A LA ANCIANA EN EL TELEFONO DE LA ESPERANZA DE MADRID". *GERIATRIKA*, 7, 9, 1991, pags. 426-432, Biblio. R.408

TELEFONO SOCIAL, UTILIZACION DE SERVICIOS, CARACTERISTICAS USUARIO, ANCIANOS, MUJER, FACTORES SOCIALES

GILL, M.J., HARRIS, S.L. "HARDINESS AND SOCIAL SUPPORT AS PREDICTORS OF PSYCHOLOGICAL DISCOMFORT IN MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM". *JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS*, 21, 4, 1991, pags. 407-416, Biblio. R.237

DEFICIENCIAS, AUTISMO, CUIDADORES, MUJER, APOYO SOCIAL, ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

GILLIAND, P. *PAUVRETES ET SECURITE SOCIALE*. LAUSANNE (CH), REALITES SOCIALES, 1990, 324 pags. Biblio. G4a.92

POBREZA, PRESTACIONES, PLANES POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, PRESTACIONES ECONOMICAS, GRADOS, CONCEPTO, GASTO SOCIAL, USA, LUXEMBURGO, FRANCIA, SUIZA, MUJER, PARO, SEGURIDAD SOCIAL, SALARIO SOCIAL, DESIGUALDAD SOCIAL, PANORAMA INTERNACIONAL, INTEGRACION, PROGRAMAS DE INSERCIÓN, POLITICA SOCIAL, EXPERIENCES, EVOLUCION, PAISES INDUSTRIALIZADOS, ESTADISTICAS DE POBLACION

GUITTON, C, Y OTROS. *L'EMPLOI EN ESPAGNE. MARCHES DU TRAVAIL ET RELATIONS PROFESSIONNELLES*. PARIS (FR), SYROS ALTERNATIVES, 1991, 305 pags. Biblio. Gld.28

TRABAJO, PARO, EVOLUCION, ESTADISTICAS DE POBLACION, DATOS ESTADISTICOS, POLITICA EMPLEO, MUJER, JUVENTUD, SINDICATOS, CARACTERISTICAS POBLACION, TEORIA, ESPANA

HUBERT, J. *HOME-BOUND. CRISIS IN THE CARE OF YOUNG PEOPLE WITH SEVERE LEARNING DIFFICULTIES: A STORY OF TWENTY FAMILIES*. LONDRES (GB), KING'S FUND CENTRE, 1991, 122 pags. Biblio. H1.32

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEFICIENCIA SEVERA, JUVENTUD, MEDIO FAMILIAR, FORMA DE VIDA, ATENCION COMUNITARIA, SERVICIOS DE ALIVIO, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, MADRE, CASUISTICA, EVALUACION, ENTREVISTAS, OBSERVACION, RECOMENDACIONES

JENSEN, J.J. "SCHOOL-AGE CHILD CARE IN THE DANISH SOCIAL CONTEXT TODAY". *WOMEN'S STUDIES INTERNATIONAL FORUM*, 14, 6, 1991, pags. 607-612, Biblio. R.773

NINOS, EDAD ESCOLAR, CARGA FAMILIAR, MUJER, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, ATENCION COMUNITARIA, SERVICIOS SOCIALES, DINAMARCA

KEMPENEERS, M. "LA DISCONTINUITÉ PROFESSIONNELLE DES FEMMES AU CANADA: PERMANENCE ET CHANGEMENTS". *POPULATION*, 46, 1, 1991, pags. 9-28, Biblio. R.150

MUJER. TRABAJO, MADRE TRABAJADORA, EMBARAZO, CANADA

KOLBERG, J.E., Y OTROS. "THE WELFARE STATE AS EMPLOYER. PART I". *INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIOLOGY*, 21, 1, 1991, pags. 90, Biblio. R.497

TRABAJO, ESTADO SOCIAL, SOCIOLOGIA, POLITICA EMPLEO, ABSENTISMO LABORAL. DATOS ESTADISTICOS. MUJER, ESCANDINAVIA. EUROPA, ESTUDIO COMPARATIVO

LONSDALE, S. *WOMEN AND DISABILITY. THE EXPERIENCE OF PHYSICAL DISABILITY AMONG WOMEN. WOMEN IN SOCIETY.* LONDRES (GB), MACMILLAN, 1990, 186 pags. Biblio. G1b.47

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, MUJER, SOCIOLOGIA DE LA MUJER, AUTOESTIMA. DATOS EPIDEMIOLOGICOS, ECOLOGIA SOCIAL, SEXUALIDAD. AUTONOMIA PERSONAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA. TRABAJO. COSTE, DISCRIMINACION. DISCRIMINACION SOCIAL, DERECHOS, AUTODETERMINACION, ESTADISTICAS DE POBLACION

MOSSUZ-LAVAU, J., FONDATION NATIONALE DES SCIENCES POLITIQUES. "MUJERES Y HOMBRES DE EUROPA HOY. ACTITUDES ANTE EUROPA Y LA POLITICA". *CUADERNOS DE MUJERES DE EUROPA*, 35, 1991, pags. 37, Biblio. R.857

MUJER, POLITICA, ACTITUDES SOCIALES, FACTORES SOCIALES, DATOS ESTADISTICOS

McRAE, S., DANIEL, W.W. *MATERNITY RIGHTS. THE EXPERIENCE OF WOMEN AND EMPLOYERS.* LONDRES (GB), POLICY STUDIES INSTITUTE, 1991, 17 pags. Biblio. A3a.20

MUJER, TRABAJO, MADRE TRABAJADORA, POLITICA EMPLEO, DERECHOS, REINO UNIDO

PAVA, W.S., Y OTROS. "SELF-DEFENSE TRAINING FOR VISUALLY IMPAIRED WOMEN". *JOURNAL OF VISUAL IMPAIRMENT AND BLINDNESS*, 85, 10, 1991, pags. 397-401, Biblio. R.606

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, MUJER, AUTONOMIA PERSONAL, AUTOESTIMA, ENTRENAMIENTO

PETRIE, P. "SCHOOL-AGE CHILD CARE AND EQUAL OPPORTUNITIES". *WOMEN'S STUDIES INTERNATIONAL FORUM*, 14, 6, 1991, pags. 527-537, Biblio. R.773

MUJER, MADRE, HIJOS. EDAD ESCOLAR, CARGA FAMILIAR, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, GENERO, ALTERNATIVAS

PLANT, M.L. "ALCOHOL AND BREAST CANCER: A REVIEW". *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS, THE*, 27, 2, 1992, pags. 107-128, Biblio. R.830

DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, CONSUMO, CANCER, MUJER

POTT-BUTER, H.A. "THE ECONOMICS OF BRINGING UP CHILDREN IN THE NETHERLANDS". *WOMEN'S STUDIES INTERNATIONAL FORUM*, 14, 6, 1991, pags. 599-606, Biblio. R.773

FAMILIA, PATERNIDAD, MUJER, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, POLITICA SOCIAL, POLITICA FAMILIAR, ANALISIS COSTE-EFICACIA, HOLANDA

READ, J. "THERE WAS NEVER REALLY ANY CHOICE.". *WOMEN'S STUDIES INTERNATIONAL FORUM*, 14, 6, 1991, pags. 561-571, Biblio. R.773

DEFICIENCIAS, NIÑOS. MADRE. MUJER, CARGA FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL

SINCLAIR, I. *CARERS: THEIR CONTRIBUTION AND QUALITY OF LIFE. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE.* LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 87-105 pags. Biblio. R1n.203

ANCIANOS, CUIDADORES, CALIDAD DE VIDA, FORMA DE VIDA, APOYO SOCIAL, INTERVENCION INFORMAL, MUJER, TIPOLOGIA, CONCEPTO, CARACTERISTICAS SERVICIO. COMPANEROS, VEJECIDAD, IMPACTO

SMITH, L. "HELP SEEKING IN ALCOHOL-DEPENDENT FEMALES". *ALCOHOL AND ALCOHOLISM*, 27, 1, 1992, pags. 3-9, Biblio. R.532

DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, MUJER, TRATAMIENTO, NECESIDADES, LITERATURA

TOWNSEND, P. *THE CONCEPT AND DISTRIBUTION OF RESOURCES. EN: POVERTY IN THE UNITED KINGDOM.* BERKELEY (GB), UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1979, 177-236 pags. Biblio. G4a.71

POBREZA, CONCEPTO, DISTRIBUCION DE RIQUEZA, ESTADISTICAS DE POBLACION. MUJER, NIVEL DE VIDA, SERVICIOS SOCIALES. UTILIZACION DE SERVICIOS

TOWNSEND, P. *THE OLDER WORKER. EN: POVERTY IN THE UNITED KINGDOM.* BERKELEY (GB), UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1979, 652-684 pags. Biblio. G4a.71

POBREZA, ANCIANOS, TRABAJADOR, JUBILACION, JUBILACION ANTICIPADA, DEFICIENCIA FISICA, FORMACION PROFESIONAL, CLASE SOCIAL, INGRESOS, MUJER, REINO UNIDO

TOWNSEND, P. *DISABLED PEOPLE AND THE LONG-TERM SICK. EN: POVERTY IN THE UNITED KINGDOM.* BERKELEY (GB), UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1979, 685-739 pags. Biblio. G4a.71

DEFICIENCIAS, POBREZA, CONCEPTO, EVALUACION, ESTADISTICAS DE POBLACION. INGRESOS, NIVEL DE VIDA, ENFERMEDADES MENTALES, TRABAJO, MUJER, REINO UNIDO

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. "PARENT SEUL AUJOURD'HUI". *REALITES FAMILIALES*, 12, 1989, pags. 60, Biblio. R.937

FAMILIAS MONOPARENTALES, VIUEDEDAD, MUJER, DATOS ESTADISTICOS, FRANCIA

WALFISH, S., Y OTROS. "INCIDENCE OF BULIMIA IN SUBSTANCE MISUSING WOMEN IN RESIDENTIAL TREATMENT". *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS, THE*, 27, 4, 1992, págs. 425-433, Biblio. R.830

DROGODEPENDENCIAS, MUJER, ADICCION CONDUCTUAL, NUTRICION, RESIDENCIAS, TRATAMIENTO

WALTER, T. *BASIC INCOME. FREEDOM FROM POVERTY, FREEDOM TO WORK.* LONDRES (GB), MARION BOYARS, 1989, 175 págs. Biblio. G4a.90

POBREZA, SALARIO SOCIAL, UNIVERSALIZACION, DISTRIBUCION DE RIQUEZA, MUJER, TEORIA, CONCEPTO, PRESTACIONES ECONOMICAS

WICKHAM-SEARL, P. "CAREERS IN CARING: MOTHERS OF CHILDREN WITH DISABILITIES". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY, 1*, 1, 1992, págs. 5-17, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, MADRE, SATISFACCION, INTERVENCION FAMILIAR

WILSNACK, S.C. *DRINKING AND DRINKING PROBLEMS IN WOMEN: A U.S. LONGITUDINAL SURVEY AND SOME IMPLICATIONS FOR PREVENTION. EN: ADDICTIVE BEHAVIORS.* AMSTERDAM (NL), SWETS & ZEITLINGER, 1989, 117-138 págs. Biblio. Q1b.2

DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, MUJER, SEGUIMIENTO, PREVENCIÓN,USA

MENORES

BAXTER, A. *TECHNIQUES FOR DEALING WITH CHILD ABUSE.* SPRINGFIELD, IL (USA), CHARLES C.THOMAS, 1985, 131 págs. Biblio. G4c.49

NIÑOS, ABUSOS SEXUALES, NIÑOS MALTRATADOS, DETECCION, INDICADORES, EVALUACION, METODOS DE EVALUACION, NORMATIVA, SERVICIOS SOCIALES, ATENCION COMUNITARIA, FORMACION DE PERSONAL, PROGRAMAS DE FORMACION

BESHAROV, D.J. *PROTECTING CHILDREN FROM ABUSE AND NEGLECT. POLICY AND PRACTICE.* SPRINGFIELD, IL (USA), CHARLES C.THOMAS, 1988, 490 págs. Biblio. G4c.48

NIÑOS, ABUSOS SEXUALES, NIÑOS MALTRATADOS, NORMATIVA, PROTECCION DE MENORES, PREVENCIÓN, INTERVENCION SOCIAL, USA

BULLIS, R.K. "THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD: A YOUNG LEGAL REGIME FOR THE WORLD'S YOUNGEST CITIZENS". *CHILD AND ADOLESCENT SOCIAL WORK JOURNAL*, 8, 3, 1991, págs. 239-251, Biblio. R.518

MENORES, DERECHOS, PROTECCION DE MENORES, NORMATIVA

CENTRO DE ESTUDIOS DEL MENOR. *POBLACION MENOR DE DIECIOCHO AÑOS EN ESPAÑA Y SU ENTORNO FAMILIAR. LA INFANCIA EN CIFRAS 14.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 314 págs. Biblio. Gli.75

MENORES, NIÑOS, ADOLESCENTES, ESTADISTICAS DE POBLACION, FAMILIA, AUTONOMIAS

COLTON, M., Y OTROS. "CARING FOR TROUBLED CHILDREN LN FLANDERS, THE NETHERLANDS, AND THE UNITED KINGDOM". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 4, 1991, págs. 381-392, Biblio. R.717

MENORES, JUVENTUD, CONDUCTA, DELINCUENCIA, ORGANIZACION DE SERVICIOS, RESIDENCIAS. ALTERNATIVAS, BELGICA, HOLANDA, REINO UNIDO

DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. *AYUDAS TECNICAS (DOCUMENTACION). JORNADAS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES. PROGRAMAS ESPECIALIZADOS.* SAN SEBASTIAN, DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA, 1992, 31 págs. Biblio. N2b.33

DEFICIENCIAS, MENORES, AYUDAS TECNICAS, PRESTACIONES ECONOMICAS, ESTADISTICAS ECONOMICAS, GIPUZKOA

DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. *ADOPCIONES Y ACOGIMIENTOS. (DOCUMENTACION PARTE 1Y2). JORNADAS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES. PROGRAMAS ESPECIALIZADOS.* DONOSTIA-SN.SN, DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA, 1992, 110 págs. Biblio. E2b.16 (a y b)

NIÑOS, JUVENTUD, ADOPCION, ACOGIMIENTO FAMILIAR, LEY, SERVICIOS SOCIALES, PROTECCION DE MENORES, PROGRAMAS DE ACCION SOCIAL, CENTROS DE ACOGIDA, RESIDENCIAS, SERVICIOS DE URGENCIA, GIPUZKOA, MENORES, NIÑOS MALTRATADOS, ABUSOS SEXUALES, NIÑOS ALTO RIESGO, INTERVENCION FAMILIAR, PROGRAMAS DE ACCION SOCIAL, GIPUZKOA

ELLIOTT, D. "SUBSTITUTE FAMILY CARE FOR CHILDREN IN BRITAIN". *SOCIAL SERVICE REVIEW*, 65, 4, 1991, págs. 564-581, Biblio. R.690

NIÑOS, MENORES, ADOPCION, ACOGIMIENTO FAMILIAR, LEY, FACTORES SOCIALES, HISTORIA, REINO UNIDO

FUNES, J., Y OTROS. *MENORES CON PROBLEMATICA DE CONSUMO DE DROGAS. LA INTERVENCION DESDE LA INSTITUCION. COLECCION SERVICIOS SOCIAIS. SERIE DOCUMENTOS TECNICOS.* SANTIAGO DE COMP., XUNTA DE GALICIA, 1991, 214 págs. Biblio. Q1g.22

DROGODEPENDENCIAS, MENORES, SECTOR PUBLICO, INTERVENCION SOCIAL, RECURSOS, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, NIVEL LOCAL, GALICIA, REUNIONES

GARRIDO, V., MARIN, J.M. "INFANCIA EN RIESGO: VIOLENCIA FAMILIAR Y DESVIACION SOCIAL (DERIVACIONES PEDAGOGICAS EN EL CONTEXTO DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO)". *REVISTA ESPAÑOLA DE PEDAGOGIA*, 190, 1991, págs. 563-586, Biblio. R.522

MENORES, VIOLENCIA, FAMILIA, NIÑOS MALTRATADOS, DELINCUENCIA JUVENIL, PREVENCIÓN

HALLETT, C. "THE CHILDREN ACT 1989 AND COMMUNITY CARE: COMPARISONS AND CONTRASTS". *POLICY AND POLITICS*, 19, 4, 1991, págs. 283-291, Biblio. R.301

NIÑOS, LEY, ATENCION COMUNITARIA, DEPARTAMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES, REINO UNIDO

HARDIKER, P., Y OTROS. "THE SOCIAL POLICY CONTEXTS OF PREVENTION IN CHILD CARE". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 4, 1991, pags. 341-359, Biblio. R.717

MENORES. TRABAJO SOCIAL, PREVENCIÓN, POLÍTICA SOCIAL, MODELOS

HOWE, D. "ASSESSING ADOPTIONS IN DIFFICULTY". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 22, 1, 1992, pags. 1-15, Biblio. R.717

NINOS, ADOPCIÓN, EVALUACIÓN, FAMILIA ADOPTIVA, RELACION PADRES-HIJOS, PROBLEMAS FAMILIARES, CONFLICTO, CONFLICTO FAMILIAR, CASUÍSTICA

HYMAN, LA. *READING WRITING AND THE HICKORY STICK. THE APPALLING STORY OF PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL ABUSE IN AMERICAN SCHOOLS.* LEXINGTON, MA (USA), LEXINGTON BOOKS, 1990, 282 pags. Biblio. G4c.50

NINOS, ESCUELA, SANCIONES, ACTITUDES MAESTROS, NINOS MALTRATADOS, DETECCIÓN, EFECTOS, SINTOMAS, PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, NORMATIVA, PROTECCIÓN DE MENORES, RECOMENDACIONES, EVALUACIÓN, CUESTIONARIOS

LISHMAN, J. *WORKING WITH CHILDREN. RESEARCH HIGHLIGHTS IN SOCIAL WORK 6.* LONDRES (GB), JESSICA KINGSLEY, 1983, 162 pags. Biblio. Gli.119

NINOS, TRABAJO SOCIAL, NECESIDADES ESPECIALES, ATENCIÓN COMUNITARIA, ADOPCIÓN, INTERVENCIÓN FAMILIAR, TERAPIA DE GRUPO, NINOS MALTRATADOS

LODGE, K. *DIRECTORY OF YOUTH SERVICES AND CHILD CARE IN THE UK.* ESSEX (GB), LONGMAN, 1990, 268 pags. Biblio. Z16.41

MENORES, NINOS, SERVICIOS SOCIALES, RESIDENCIAS, DEPARTAMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES, DIRECTORIOS, REINO UNIDO

LORENZM, W. "THE NEW GERMAN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE ACT". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 4, 1991, pags. 329-339, Biblio. R.717

MENORES. LEY, CRÍTICA, ALEMANIA

MASSON, H., MORRISON, T. "A 24 HOUR DUTY SYSTEM: USING PRACTITIONER RESEARCH TO MANAGE THE STRESS". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 4, 1991, pags. 361-372, Biblio. R.717

MENORES, NINOS MALTRATADOS, DEPARTAMENTOS DE SERVICIOS SOCIALES, PROBLEMÁTICA PROFESIONAL, TRABAJO SOCIAL, INVESTIGACIÓN

MEDINA, R., GIL, F. "DOCUMENTACIÓN SELECCIONADA SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO". *REVISTA ESPAÑOLA DE PEDAGOGÍA*, 190, 1991, pags. 589-606, Biblio. R.522

MENORES, DERECHOS DEL NIÑO, ONU, UNESCO, COMUNIDADES EUROPEAS, CONSEJO DE EUROPA

MORRISON, T. "THE EMOTIONAL EFFECTS OF CHILD PROTECTION WORK ON THE WORKER". *PRACTICE*, 4, 4, 1990, pags. 253-271, Biblio. R.852

MENORES, PROTECCIÓN DE MENORES, TRABAJO SOCIAL, TRABAJADOR SOCIAL, RELACION PROFESIONAL-CLIENTE, PRÁCTICA

OWEN, M. *VOLUNTARY CARE IN DIFFICULT CASES. MONOGRAPH 102.* NORWICH (GB), SOCIAL WORK MONOGRAPHS, 1991, 44 pags. Biblio. Gli.122

MENORES, NINOS ABANDONADOS, TRABAJO SOCIAL, SERVICIOS SOCIALES, INTERVENCIÓN SOCIAL, ADOPCIÓN, ACOGIMIENTO FAMILIAR, CRITERIOS DE ADMISIÓN, TOMA DE DECISIONES, REINO UNIDO

PACKMAN, J., JORDAN, B. "THE CHILDREN ACT: LOOKING FORWARD, LOOKING BACK". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 4, 1991, pags. 315-327, Biblio. R.717

MENORES, NINOS, LEY, CRÍTICA, REINO UNIDO

PLUMER, E.H. *DIRECTION AND MANAGEMENT OF CHILDREN'S INSTITUTIONS AND AGENCIES. RESPONSIBLE GUIDANCE AND PROCEDURES.* SPRINGFIELD, IL(USA), CHARLES C.THOMAS, 1989, 131 pags. Biblio. Gli.78

NINOS, INSTITUCIONALIZACIÓN, DIVORCIO, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN, PLANES DE ACCIÓN SOCIAL, ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS, CALIDAD DE LA ATENCIÓN, COSTE

ROBSON, J., FOSTER, R. *ACCOMMODATING CHILDREN. THE BOARD IN-OUT OF CHILDREN (FOSTER PLACEMENT) REGULATIONS 1988. THE ACCOMMODATION OF CHILDREN (CHARGE AND CONTROL) REGULATIONS 1988.* LONDRES (GB), BAAF, 1990, 48 pags. Biblio. Gli.67

MENORES, NINOS, INTERVENCIÓN SOCIAL, SERVICIOS DE URGENCIA, ADOPCIÓN, ACOGIMIENTO, TRABAJO SOCIAL. FORMACIÓN DE PERSONAL, NORMATIVA

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. "L'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE". *REALITES FAMILIALES*, 14, 1990, pags. 64, Biblio. R.937

NINOS, GUARDERIAS, MIGRACIÓN, INTEGRACIÓN SOCIAL, DEFICIENCIAS, DATOS ESTADÍSTICOS, FRANCIA

WATERHOUSE, L., CARNIE, J. "RESEARCH NOTE SOCIAL WORK AND POLICE RESPONSE TO CHILD SEXUAL ABUSE IN SCOTLAND". *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 21, 4, 1991, pags. 373-379, Biblio. R.717

MENORES, ABUSOS SEXUALES, TRABAJO SOCIAL, POLICIA, ACTITUDES PROFESIONALES, REINO UNIDO

JUVENTUD

CENTRO DE ESTUDIOS DEL MENOR. *POBLACION MENOR DE DIECIOCHO AÑOS EN ESPAÑA Y SU ENTORNO FAMILIAR. LA INFANCIA EN CIFRAS 14.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1991, 314págs. Biblio. Gli.75

MENORES, NIÑOS. ADOLESCENTES, ESTADÍSTICAS DE POBLACION, FAMILIA, AUTONOMIAS

FABER, R. "LA PELLE, LA PIOCHET ET L'ACTION SOCIALE". *COMM*, 41, 1991, págs. 37-76, Biblio. R.302

JUVENTUD, PARO, PROMOCIÓN DE EMPLEO, PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, INTEGRACIÓN LABORAL, EVALUACIÓN DE SERVICIO

FOSTER, C. *MALE YOUTH PROSTITUTION. SOCIAL WORK MONOGRAPHS N°- 100.* NORWICH (GB), UNIVERSITY OF EAST ANGLIA, 1991, 44 pags. Biblio. Glc.19

JUVENTUD, PROSTITUCION, HOMBRE, ETIOLOGIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO. INTERVENCION SOCIAL

GEORIS, P. "LES ENTERPRISES D'APPRENTISSAGE PROFESSIONNEL". *COMM*, 41, 1991, pags. 83-119, Biblio. R.302

JUVENTUD. PROMOCION DE EMPLEO. FORMACION DE PERSONAL, NORMATIVA, BELGICA

GUICHARD, J. "COMPARATIVE EVALUATION OF SEVERAL EDUCATIONAL METHODS USED IN FRANCE FOR THE ORIENTATION OF ADOLESCENTS: TOOLS, RESULTS, AND METHODOLOGICAL PROBLEMS". *EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY OF EDUCATION*, 7, 1, 1992, pags. 73-90, Biblio. R.728

EDUCACION. ADOLESCENTES, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, EVALUACION DE SERVICIOS, METODOS DE EVALUA-

LIDDIARD, M., HUTSON, S. "HOMELESS YOUNG PEOPLE AND RUNAWAYS-AGENCY DEFINITIONS AND PROCESSES". *JOURNAL OF SOCIAL POLICY*, 20, 3, 1991, pags. 365-388, Biblio. R.804

JUVENTUD, SIN TECHO, FUGITIVOS, ACTITUDES PROFESIONALES, CONCEPTO

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *LES ADOLESCENTS ET LEUR SANTE. TOMO 1 Y 2.* PARIS (FR), C.T.N.E.R.H.I., 1990, 315-461 pags. Biblio. Glc.17(ayb)

SALUD, JUVENTUD, ADOLESCENTES. EDUCACION SANITARIA, EDUCACION SEXUAL, DROGODEPENDENCIAS, PREVENCIÓN, SERVICIOS DE SALUD, UTILIZACION DE SERVICIOS. FRANCIA

REA, A, Y OTROS. *TEMPS DE PASSAGE. JEUNES ENTRE LECOLE ET UENTERPRISE.* BRUSELAS (BE), FONDATION ROI BAUDOUIIN, 1990, 239 pags. Biblio. Glc.13

JUVENTUD, ESCUELA, TRABAJO, SITUACION SOCIAL, PLANES DE TRANSICION, POLITICA EDUCATIVA, FORMACION PROFESIONAL, ALTERNATIVAS, DATOS ESTADISTICOS, FRANCIA

ROCKETT, I.R.H., Y OTROS. "ADOLESCENT RISK-TAKERS: A TRAUMA CENTER STUDY OF SUICIDE ATTEMPTERS AND DRIVERS". *INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL PSYCHIATRY, THE*, 37, 4, 1991, pags. 285-292, Biblio. R.487

ADOLESCENTES, SUICIDIO. ACCIDENTES, POBLACION RIESGO. FACTOR DE RIESGO, FACTORES SOCIALES

POBREZA

CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES. "PRECARITE ET LOGEMENT. TROIS EXPERIENCES LOCALES POUR UN NOUVEAU

PARTENARIAT". *ESPACES ET FAMILLES*, 19/21, 1991, pags. 155, Biblio. R.940

POBREZA. PRECARIEDAD ECONOMICA, VIVIENDA, POLITICA SOCIAL, POLITICA DE VIVIENDA, NIVEL LOCAL, EXPERIENCIAS

CASADO, D. *POR UNA ACCION SOCIAL Y CULTURAL ALTERNATIVA.* MADRID, MARSIEGA, 1984, 92 pags. Biblio. G9.8 (M)

SERVICIOS SOCIALES. POBREZA, CULTURA, MARGINACION

COMUNIDADES EUROPEAS. *LUCHAR CONTRA LA POBREZA EN EUROPA. ACERVOS Y PERSPECTIVAS DE LA CONFRONTACION TRANSNACIONAL DE LAS EXPERIENCIAS EN EL TERRENO.* MADRID, CARITAS, 1990, 3-15 pags. Biblio. G4a.65

POBREZA, PLANES POBREZA. INFORMES, ESTUDIO COMPARATIVO. PROPUESTAS, COMUNIDADES EUROPEAS

DATLAN. *SONDEO DE OPINION ENTRE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA EN 1990.* VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1991, 146 pags. Biblio. G4a.87

POBREZA, PLANES POBREZA, BENEFICIARIOS. CARACTERISTICAS POBLACION. CARACTERISTICAS SERVICIO, SITUACION SOCIAL, SATISFACCION, INFORMACION, EVALUACION DE SERVICIOS, ENCUESTAS, CUESTIONARIOS. CAPV

DAVIDSON, R., ERSKINE, A. *POVERTY DEPRIVATION AND SOCIAL WORK. RESEARCH HIGHLIGHTS IN SOCIAL WORK 22.* LONDRES (GB), JESSICA KINGSLEY, 1992, 158 pags. Biblio. G4a.81

POBREZA. TRABAJO. PARC ANCIANOS, MINORIAS ETNICAS, MUJER, FAMILIAS MONOPARENTALES, TRABAJO SOCIAL, SERVICIOS SOCIALES, INTERVENCION INFORMAL. REINO UNIDO

DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. *PLAN INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA.* SAN SEBASTIAN, DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA, 14 pags. Biblio. G4a.89

POBREZA, PLANES POBREZA, GIPUZKOA

DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. *LOS PROGRAMAS DE INSERCIÓN SOCIAL (DOCUMENTACION). JORNADAS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES. PROGRAMAS MUNICIPALES.* SAN SEBASTIAN, DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA, 1992, 21 pags. Biblio. G2a.50

POBREZA. PLANES POBREZA, PROGRAMAS DE INSERCIÓN, GIPUZKOA

DUPRE, J.P., Y OTROS. *PAUVRETE-PRECARITE. TENTATIVES DE MESURE.* PARIS (FR), C.R.E.D.O.C., 1986, 230 págs. Biblio. G4a.93

POBREZA. PRECARIEDAD ECONOMICA, CARACTERISTICAS POBLACION, FAMILIA, NIVEL DE VIDA, PARO, BAREMOS, FAMILIAS MONOPARENTALES. INGRESOS, ACTITUDES PROFESIONALES, SERVICIOS SOCIALES, MIGRACION, MUJER, JUVENTUD, PRESTACIONES, POLITICA SOCIAL, FRANCIA

DUPUIS, J.M. "R.M.I.: ALLOCATION DIFFERENTIELLE EN ENTREE, IMPOT NEGATIF EN SOR-

TIE". *REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES*, 45, 1, 1991, pags. 117-125, Biblio. R.635
POBREZA, SALARIO SOCIAL, IMPUESTOS, FUNCIONAMIENTO

ELLIOTT, M., KRIVO, L.J. "STRUCTURAL DETERMINANTS OF HOMELESSNESS IN THE UNITED STATES". *SOCIAL PROBLEMS*, 38, 1, 1991, pags. 113-131, Biblio. R.692
POBREZA, SALUD MENTAL, SIN TECHO, VIVIENDA, ETIOLOGIA, USA

EMAIKER. *INFORME DEL ESTUDIO-PANEL DE BENEFICIARIOS DEL INGRESO MINIMO DE INSERCION*. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 83-97-100 pags. Biblio. G4a.88 (a, bye)
POBREZA, PLANES POBREZA, SALARIO SOCIAL, BENEFICIARIOS, CARACTERISTICAS POBLACION, ESTADISTICAS DE POBLACION, SITUACION SOCIAL, SATISFACCION, ESTUDIO DESCRIPTIVO, EVALUACION DE SERVICIOS, CAPV

GILLIAND, P. *PAUVRETES ET SECURITE SOCIALE*. LAUSANNE (CH), REALITES-SOCIALES, 1990, 324 pags. Biblio. G4a.92
POBREZA, PRESTACIONES, PLANES POBREZA, PRECARIEDAD ECONOMICA, PRESTACIONES ECONOMICAS, GRADOS, CONCEPTO, GASTO SOCIAL, USA, LUXEMBURGO, FRANCIA, SUIZA, MUJER, PARO, SEGURIDAD SOCIAL, SALARIO SOCIAL, DESIGUALDAD SOCIAL, PANORAMA INTERNACIONAL. INTEGRACION, PROGRAMAS DE INSERCION, POLITICA SOCIAL, EXPERIENCES, EVOLUCION, PAISES INDUSTRIALIZADOS, ESTADISTICAS DE POBLACION

GOODIN, R.E., Y OTROS. *NOT ONLY THE POOR. THE MIDDLE CLASSES AND THE WELFARE STATE*. LONDRES (GB), ALLEN AND UNWIN, 1987, 251 pags. Biblio. G9e.23
SERVICIOS SOCIALES, POBREZA, PLANES POBREZA, POLITICA SOCIAL, DISTRIBUCION DE RIQUEZA, CLASE SOCIAL, ESTADO SOCIAL, CRITICA, UTILIZACION DE SERVICIOS, UNIVERSALIZACION, TEORIA

JENKINS, S.P. "POVERTY MEASUREMENT AND THE WITHIN-HOUSEHOLD DISTRIBUTION: AGENDA FOR ACTION". *JOURNAL OF SOCIAL POLICY*, 20, 4, 1991, pags. 457-483, Biblio. R.804
POBREZA, NIVEL DE VIDA, GRADOS, CONCERTO, RECOMENDACION

KAHN, M.W., Y OTROS. "SUBSTANCE MISUSE, EMOTIONAL DISTURBANCE, AND DUAL DIAGNOSIS IN A MEAL-LINE POPULATION OF MIXED ETHNICITY". *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS*, THE, 27, 3, 1992, págs. 317-330, Biblio. R.830
DROGODEPENDENCIAS, SIN TECHO, MENDICIDAD, CARACTERISTICAS POBLACION. ETNIA, PROBLEMAS EMOCIONALES

MICKLEWRIGHT, J. *INCOME SUPPORT FOR THE UNEMPLOYED IN HUNGARY. DISCUSSION PAPER WSP/67*. LONDRES (GB), LONDON SCHOOL OF ECONOMICS, 1992, 43 págs. Biblio. G9b.65
POBREZA, PARO, NIVEL DE VIDA. POLITICA SOCIAL, INGRESOS, SEGURIDAD SOCIAL, ESTADISTICAS DE POBLACION, SUBSIDIO DE PARO, PRESTACIONES, HUNGRIA

MCGREGOR, P.P.L., BOROOAH, V.K. "IS LOW SPENDING OR LOW INCOME A BETTER INDICATOR OF WHETHER OR NOT A HOUSEHOLD IS POOR: SOME RESULTS FROM THE 1985 FAMILY EXPENDITURE SURVEY". *JOURNAL OF SOCIAL POLICY*, 21, 1, 1992, pags. 53-69, Biblio. R.804
POBREZA, INGRESOS, INDICADORES SOCIOECONOMICOS, CONSUMO. ESTADISTICAS DE POBLACION, CONCEPTO

PARKER, R., Y OTROS. *FINANCIAL BACKGROUND. EN: THE KALEIDOSCOPE OF CARE: A REVIEW OF RESEARCH ON WELFARE PROVISION FOR ELDERLY PEOPLE*. LONDRES (GB), H.M.S.O., 1990, 43-65 pags. Biblio. Rln.203
ANCIANOS, DEFICIENCIAS, POBREZA, NIVEL DE VIDA, ESTATUS SOCIOECONOMICO, REINO UNIDO

PARKER, T. "POOR SHOW". *SOCIAL WORK TODAY*, 23, 21, 1992, pags. 18-19, Biblio. R.310
POBREZA, INFORMACION, DATOS ESTADISTICOS, REINO UNIDO

PAUGAM, S. *LA DISQUALIFICATION SOCIALE. ESSAI SUR LA NOUVELLE PAUVRETE*. PARIS (FR), PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 1991, 254 pags. Biblio. G4a.85
POBREZA, CONCEPTO, FACTORES SOCIALES, SOCIOLOGIA, ESTUDIO SOCIOLOGICO, ESTIGMA, ETIQUETAMIENTO, SERVICIOS SOCIALES, ACTITUDES USUARIOS, RELACIONES SOCIALES, ACTITUDES PROFESIONALES, TRABAJO SOCIAL, TRABAJADOR SOCIAL, MARGINACION SOCIAL, PRECARIEDAD, POLITICA SOCIAL

ROOM, G. *FINAL REPORT OF THE PROGRAMME EVALUATION TEAM*. BATH (GB), UNIVERSITY OF BATH, 1990, 102 pags. Biblio. G4a.91
POBREZA, PLANES POBREZA, PLANES LOCALES, PLANES REGIONALES, PLANES NACIONALES, CARACTERISTICAS USUARIO, ESTUDIO DESCRIPTIVO, EVALUACION DE SERVICIOS. RECOMENDACIONES

S.E.S.I. "DOSSIER: RMI ET INSERTION". *SOLIDARITE SANTE. ETUDES STATISTIQUES*, 4, 1991, pags. 71, Biblio. R.653
POBREZA, SALARIO SOCIAL, PLANES POBREZA, INTEGRACION SOCIAL, SEGUIMIENTO, ESTADISTICAS DE POBLACION, CARACTERISTICAS POBLACION, RESULTADOS, SITUACION SOCIAL, EVOLUCION, MAPA DE SERVICIOS, PARO, URBANIZACION, PRESTACIONES ECONOMICAS, SEGURIDAD SOCIAL, GASTO SOCIAL, ESTATUS SOCIOECONOMICO, NIVEL DE VIDA, EXPERIENCIAS, FRANCIA

DEFICIENCIAS

PRODUCTS FOR PEOPLE WITH VISION PROBLEMS. DOVER, DE (USA), AMERICAN FOUNDATION FOR THE BLIND, 1992, 26 págs. Biblio. P3n FOL.6
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, AYUDAS TECNICAS, DI-

A.P.M.H. "INTEGRATION PETITE ENFANCE". 132, 1992, págs. 11-13, Biblio. R.173
{DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PRE-ESCOLARIDAD, INTEGRACION ESCOLAR.

AGER, A., READING, J.C. "TEACHING SKILLS THROUGH THE ENHANCEMENT OF NATURAL ANTECEDENTS". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 157-168, Biblio. R.I04

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL. ENTRENAMIENTO, FORMA DE VIDA, ANTECEDENTES

ALLEN, M.C., ALEXANDER, G.R. "USING GROSS MOTOR MILESTONES TO IDENTIFY VERY PRETERM INFANTS AT RISK FOR CEREBRAL PALSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 3, 1992, pags. 226-232, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS. PARALISIS CEREBRAL, PREMATURIDAD, DETECCION. NINOS ALTO RIESGO

ANTHONY, S. "THE INFLUENCE OF PERSONAL CHARACTERISTICS ON RUMOR KNOWLEDGE AND TRANSMISSION AMONG THE DEAF". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 44-47, Biblio. R.622

DEFICIENCIAS. DEFICIENCIA AUDITIVA. ESTUDIANTES. ACTITUDES, PSICOLOGIA

ARNORLD, P., CHAMPMAN, M. "SELF-ESTEEM, ASPIRATIONS AND EXPECTATIONS OF ADOLESCENTS WITH PHYSICAL DISABILITY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 2, 1992, pags. 97-102, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, ADOLESCENTES, AUTOESTIMA, TESTS, CUESTIONARIOS

ARREGI, A., Y OTROS. *CURRICULUM. MATERIALES PARA LA ELABORACION DE ADAPTACIONES CURRICULARES. FASE EXPERIMENTAL*. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1992, 105 pags. Biblio. C3g.58

DEFICIENCIAS, CURRICULUM, PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS, ADAPTACION PERSONAL, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, ORIENTACION ESCOLAR, PLANES DE EDUCACION, ORGANIZACION DE RECURSOS. CAPV

BADEL, I. "ERWACHSENENBILDUNG GEISTIG BEHINDERTER MENSCHEN". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 1, 1992, pags. 4-14, Biblio. R.V

DEFICIENCIA MENTAL, ADULTOS, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS

BARON, C, Y OTROS. *GUIAS PRACTICAS. VIAJES PARA MINUSVALIDOS*. MADRID, EL PAIS/AGUILAR, 1992, 181 pags. Biblio. F6.1

DIRECTORIOS. INFORMACION, DEFICIENCIAS, VIAJES, BARRERAS, ESPANA

BENSON, B.A., IVINS, J. "ANGER, DEPRESSION AND SELF-CONCEPT IN ADULTS WITH MENTAL RETARDATION". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 169-175, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEPRESION, ANGUSTIA, AUTOCONCEPTO, EVALUACION

BERG, A.T. "FEBRILE SEIZURES AND EPILEPSY: THE CONTRIBUTIONS OF EPIDEMIOLOGY". *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 6, 2, 1992, pags. 145-152, Biblio. R.298

DEFICIENCIAS. CONVULSIONES. EPILEPSIA, EPIDEMIOLOGIA

BERNSTEIN, M.E., MARTIN, J. "INFORMING PARENTS ABOUT EDUCATIONAL OPTIONS. HOW WELL ARE WE DOING?". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 31-39, Biblio. R.622

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA. CENTROS EDUCATIVOS, ORIENTACION FAMILIAR

BERNSTEIN, M.E., MORRISON, M.E. "ARE WE READY FOR PL 99-457?". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 7-13, Biblio. R.622

DEFICIENCIA AUDITIVA, PREESCOLARIDAD, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS

BLACK, M.M., SONKSEN, P.M. "CONGENITAL RETINAL DYSTROPHIES: A STUDY OF EARLY COGNITIVE AND VISUAL DEVELOPMENT". *ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD*, 67, 3, 1992, pags. 262-265, Biblio. R.186

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, DEFICIENCIA MENTAL, PROBLEMAS VISUALES. OFTALMOLOGIA, DIAGNOSTIC*)

BOWER, E., McLELLAN, D.L. "EFFECT OF INCREASED EXPOSURE TO PHYSIOTHERAPY ON SKILL ACQUISITION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 25-39, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, FISIOTERAPIA, RESULTA-

CEDILLO, P. "SEMINARIO DE BILINGUISMO EN LA EDUCACION DE LAS PERSONAS SORDAS". *FARO DEL SILENCIO*, 125, 1992, pags. 25-26, Biblio. R.541

DEFICIENCIA AUDITIVA, BILINGUISMO, REUNIONES, EXPERIENCIAS, COMUNIDADES EUROPEAS

CHAPPELL, A.L. "TOWARDS A SOCIOLOGICAL CRITIQUE OF THE NORMALISATION PRINCIPLE". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 1, 1, 1992, pags. 35-51, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, INTEGRACION SOCIAL, ATENCION COMUNITARIA, NORMALIZACION. CRITICA, SOCIOLOGIA, CONCEPTO

CROFT, R.D. "WHAT CONSISTENCY OF FOOD IS BEST FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY WHO CANNOT CHEW?". *ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD*, 67, 3, 1992, pags. 269-271, Biblio. R.186

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, ALIMENTACION

DAGNAN, D., DREWETT, R. "FAMILY PLACEMENTS FOR PEOPLE WITH A LEARNING DIFFICULTY: A STUDY USING TIME BUDGETS". *BRI-*

TISH JOURNAL OF SOCIAL WORK, 22, 2, 1992, págs. 133-145, Biblio. R.717

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ADULTOS, ACOGIMIENTO FAMILIAR, RESULTADOS, EVALUACION DE SERVICIOS, REINO UNIDO

DAWSON, P.W., Y OTROS. "COCHLEAR IMPLANTS IN CHILDREN, ADOLESCENTS, AND PRELINGUISTICALLY DEAFENED ADULTS: SPEECH PERCEPTION". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, págs. 401-417, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, NIÑOS, CIRUGIA, LENGUA

DAY, P. "BERUFLICHE FORT-UND WEITERBILDUNG GEISTIG BEHINDERTER MITARBEITER". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 1, 1992, págs. 15-22, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, FORMACION PROFESIONAL, TRABAJO PROTEGIDO

DEKKER, R., KOOLE, F.D. "VISUALLY IMPAIRED CHILDREN'S VISUAL CHARACTERISTICS AND INTELLIGENCE". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 2, 1992, págs. 123-133, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, NIÑOS, INTELIGENCIA, TESTS

DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA. *AYUDAS TECNICAS (DOCUMENTACION). JORNADAS MUNICIPALES DE SERVICIOS SOCIALES. PROGRAMAS ESPECIALIZADOS.* SAN SEBASTIAN, DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA, 1992, 31 págs. Biblio. N2b.33

DEFICIENCIAS, MENORES, AYUDAS TECNICAS, PRESTACIONES ECONOMICAS, ESTADISTICAS ECONOMICAS, GIPUZKOA

DUKER, P.C., DEKKERS, M. "DEVELOPMENT OF DIURNAL BLADDER CONTROL IN SEVERELY AND PROFOUNDLY MENTALLY HANDICAPPED RESIDENTS". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, págs. 177-181, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEFICIENCIA SEVERA, DEFICIENCIA PROFUNDA, RESIDENCIAS, INCONTINENCIA, ENTRENAMIENTO

DURKIN, M.S., Y OTROS. "ESTIMATES OF THE PREVALENCE OF CHILDHOOD SEIZURE DISORDERS IN COMMUNITIES WHERE PROFESSIONAL RESOURCES ARE SCARCE: RESULTS FROM BANGLADESH, JAMAICA AND PAKISTAN". *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 6, 2, 1992, págs. 166-180, Biblio. R.298

DEFICIENCIAS, CONVULSIONES, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, EPILEPSIA, PAISES EN DESARROLLO

ELIASSON, A.C., Y OTROS. "IMPAIRED ANTICIPATORY CONTROL OF ISOMETRIC FORCES DURING GRASPING BY CHILDREN WITH CE-

REBRAL PALSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 3, 1992, págs. 216-225, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, PSICOMOTRICIDAD

EVANS, G., Y OTROS. "OBSERVING THE DELIVERY OF A DOMICILIARY SUPPORT SERVICE". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 7, 1, 1992, págs. 19-34, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ATENCION COMUNITARIA, EVALUACION DE SERVICIOS

FELCE, D., REPP, A. "THE BEHAVIORAL AND SOCIAL ECOLOGY OF COMMUNITY HOUSES". *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 13, 1, 1992, págs. 27-42, Biblio. R.775

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA PROFUNDA, ADULTOS, SERVICIOS Y CENTROS, CENTROS DE PROFUNDOS, EVALUACION DE SERVICIOS

FERNANDEZ-KREIS, C. "LE SERVICE EDUCATIF ITINERANT (S.E.I.) DE L'ASTURAL". *ENFANTS LIMITES. AMOUR ILLIMITE*, 132, 1992, págs. 23-24, Biblio. R. 173

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SERVICIOS DE APOYO, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, INTERVENCION TEMPORANA, EDUCACION ITINERANTE

FIKRET-PASA, S., REVIT, L.J. "INDIVIDUALIZED CORRECTION FACTORS IN THE PRESELECTION OF HEARING AIDS". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, págs. 384-400, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ORTOPROTESIS, AUDIOLOGIA, EVALUACION

FREYHOFF, G. "HILFE FUR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN LANDERN DER DRITTEN WELT". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 1, 1992, págs. 23-29, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, EDUCACION ESPECIAL, CONCEPTO

DEFICIENCIAS, CONVULSIONES, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, EPILEPSIA, PAISES EN DESARROLLO. "EPIDEMIOLOGY AND TAXONOMY IN MENTAL RETARDATION". *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 6, 2, 1992, págs. 181-192, Biblio. R.298

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, CONCEPTO, CLASIFICACION, TERMINOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA

GAEDT, C. "DIE VERMEIDBARE ENTWICKLUNG VON SCHWERBEHINDERTENTREN". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 2, 1992, págs. 94-106, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA PROFUNDA, CENTROS DE PROFUNDOS, INTEGRACION SOCIAL

GARRISON, W., Y OTROS. "READING COMPREHENSION TEST ITEM DIFFICULTY AS A FUNCTION OF COGNITIVE PROCESSING VA-

RIABLES". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 22-30, Biblio. R.622

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, APRENDIZAJE LECTURA Y ESCRITURA. TESTS

GERBER, D.A. "VOLITION AND VALORIZATION IN THE ANALYSIS OF THE "CAREERS" OF PEOPLE EXHIBITED IN FREAK SHOWS". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 1, 1, 1992, pags. 53-69, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, DEFICIENCIA ESTETICA. ACTITUDES SOCIALES, MARGINACION SOCIAL, HISTORIA

HAHN, M.T. "ZUSAMMENSEIN MIT MENSCHEN, DIE SCHWERBEHINDERT SIND". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 2, 1992, pags. 107-129, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA SEVERA, PERSONAL, SATISFACCION, SERVICIOS Y CENTROS

HERTZ, B.G., ROSENBERG, J. "EFFECT OF MENTAL RETARDATION AND MOTOR DISABILITY ON TESTING WITH VISUAL ACUITY CARDS". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 2, 1992, pags. 115-122, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PARALISIS CEREBRAL, NINOS, APTITUDES, VISION, TESTS

HINZE, D. "VATER BEHINDERTER KINDER - IHRE BESONDEREN SCHWIERIGKEITEN UND CHANCEN". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 2, 1992, pags. 135-142, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PROBLEMAS FAMILIARES

HONAVAR, ML, Y OTROS. "RASMUSSEN'S ENCEPHALITIS IN SURGERY FOR EPILEPSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 3-14, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, ENCEFALOPATIAS, EPILEPSIA, CIRUGIA

HOON, A.H., REISS, A.L. "THE MESIAL-TEMPORAL LOBE AND AUTISM: CASE REPORT AND REVIEW". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 3, 1992, pags. 252-265, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, AUTISMO, LESION CEREBRAL, ETIOLOGIA

HOSKIN, R.G., Y OTROS. "THE USE OF A LOW PHENYLALANINE DIET WITH AMINO ACID SUPPLEMENT IN THE TREATMENT OF BEHAVIOURAL PROBLEMS IN A SEVERELY MENTALLY RETARDED ADULT FEMALE WITH PHENYLKETONURIA". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 183-191, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, FENILCETONURIA, DIETA, FENILALANINA, CONDUCTA, EFECTOS

HUBLOW, C. "KOOPERATION DER SCHULE FUR GEISTIG BEHINDERTE MIT SCHULISCHEN

UND NICHTSCHULISCHEN PARTNERN". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 1, 1992, pags. 44-55, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, EDUCACION ESPECIAL, INTEGRACION ESCOLAR, INTEGRACION SOCIAL

HUGHES, I., NEWTON, R. "GENETIC ASPECTS OF CEREBRAL PALSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 80-86, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, ETIOLOGIA, GENETICA

IJSSELDIJK, F.J. "SPEECHREADING PERFORMANCE UNDER DIFFERENT CONDITIONS OF VIDEO IMAGE, REPETITION, AND SPEECH RATE". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, pags. 466-471, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, NINOS, LENGUAJE, EDUCACION LENGUAJE

JORDAN, R., POWELL, S. "STOP THE REFORMS, CALVIN WANTS TO GET OFF". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 7, 1, 1992, pags. 85-88, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MULTIPLE, INTEGRACION ESCOLAR, CURRICULUM, CASUISTICA

KAHN, J.V. "PREDICTING ADAPTIVE BEHAVIOUR OF SEVERELY AND PROFOUNDLY MENTALLY RETARDED CHILDREN WITH EARLY COGNITIVE MEASURES". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 101-114, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEFICIENCIA PROFUNDA, DEFICIENCIA SEVERA, CONDUCTA, DESARROLLO COGNITIVO, EVALUACION, PREDICCION

KIGER, G. "DISABILITY SIMULATIONS: LOGICAL, METHODOLOGICAL AND ETHICAL ISSUES". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 7, 1, 1992, pags. 71-78, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, ACTITUDES SOCIALES, INFORMACION, ETICA, CRITICA

KLINE, J., LEVIN, B. "TRISOMY AND AGE AT MENOPAUSE: PREDICTED ASSOCIATION GIVEN A LINK WITH RATE OF OOCYTE ATRESIA". *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 6, 2, 1992, pags. 225-239, Biblio. R.298

DEFICIENCIAS, ANOMALIAS CROMOSOMICAS, EDAD MATERNA, MENSTRUACION

KUK, F.K., PAPE, N.M.C. "THE RELIABILITY OF A MODIFIED SIMPLEX PROCEDURE IN HEARING AID FREQUENCY-RESPONSE SELECTION". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, pags. 418-429, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ORTOPROTESIS, ADULTOS, ANCIANOS, AUDIOLOGIA

LAFORGE, R.G., Y OTROS. "THE RELATIONSHIP OF VISION AND HEARING IMPAIRMENT

TO ONE-YEAR MORTALITY AND FUNCTIONAL DECLINE". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 4, 1, 1992, pags. 126-148, Biblio. R.816

ANCIANOS, DEFICIENCIA AUDITIVA, DEFICIENCIA VISUAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, AUTONOMIA PERSONAL, MORTALIDAD

LEGAULT, J.R. "A STUDY OF THE RELATIONSHIP OF COMMUNITY LIVING SITUATION TO INDEPENDENCE AND SATISFACTION IN THE LIVES OF MENTALLY RETARDED ADULTS". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 129-141, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ADULTOS, RESIDENCIAS, ATENCION COMUNITARIA, AUTONOMIA PERSONAL, CALIDAD DE VIDA, FORMA DE VIDA, SATISFACCION, EVALUACION, ENTREVISTAS

LODER, R.T., Y OTROS. "POSTOPERATIVE MIGRATION OF THE ADDUCTOR TENDON AFTER POSTERIOR ADDUCTOR TRANSFER IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 49-54, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, CIRUGIA

LUCE, S.C., Y OTROS. "DEVELOPMENT OF A CONTINUUM OF SERVICES FOR CHILDREN AND ADULTS WITH AUTISM AND OTHER SEVERE BEHAVIOR DISORDERS". *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 13, 1, 1992, pags. 9-25, Biblio. R.775

DEFICIENCIAS, AUTISMO, ORGANIZACION DE SERVICIOS, NIÑOS, ADULTOS, PERSONAL, EVALUACION DE SERVICIOS

LUMEY, L.H. "DECREASED BIRTHWEIGHTS IN INFANTS AFTER MATERNAL IN UTERO EXPOSURE TO THE DUTCH FAMINE OF 1944-1945". *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 6, 2, 1992, pags. 240-253, Biblio. R.298

DEFICIENCIAS, MALNUTRICION, BAJO PESO NACIMIENTO, DATOS EPIDEMIOLOGICOS

LYNCH, M.P., Y OTROS. "OPEN-SET WORD IDENTIFICATION BY AN ADULT WITH PROFOUND HEARING IMPAIRMENT: INTEGRATION OF TOUCH, AIDED HEARING, AND SPEECHREADING". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, pags. 443-448, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ADULTOS, LENGUAJE, TACTO, ORTOPROTESIS

MADDEN, J.P., FETH, L.L. "TEMPORAL RESOLUTION IN NORMAL-HEARING AND HEARING-IMPAIRED LISTENERS USING FREQUENCY-MODULATED STIMULI". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, pags. 436-442, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, AUDIOLOGIA, TESTS

MALLORY, B.L., Y OTROS. "IMPROVING THE VALIDITY OF THE PSNI IN ASSESSING THE PERFORMANCE OF DEAF PARENTS OF HEARING CHILDREN". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 14-21, Biblio. R.622

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ACTITUDES FAMILIAR, ORIENTACION FAMILIAR

MARKOVA, I, Y OTROS. "LIVING IN HOSPITAL AND HOSTEL: THE PATTERN OF INTERACTIONS OF PEOPLE WITH LEARNING DIFFICULTIES". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 115-127, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, RESIDENCIAS, VIVIENDA ASISTIDA, ACTITUDES SOCIALES, INTERACCION SOCIAL, ESTUDIO COMPARATIVO

MASON, P. "THE REPRESENTATION OF DISABLED PEOPLE: A HAMPSHIRE CENTRE FOR INDEPENDENT LIVING DISCUSSION PAPER". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 7, 1, 1992, pags. 79-84, Biblio. R.743

DEFICIENCIAS, AUTODETERMINACION, ASOCIACIONES, RECOMENDACIONES

MATHISEN, B., Y OTROS. "ORAL-MOTOR DYSFUNCTION AND FEEDING DISORDERS OF INFANTS WITH TURNER SYNDROME". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 2, 1992, pags. 141-149, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, SINDROME DE TURNER, LACTANTES, ALIMENTACION

MILLER, F., KORESKA, J. "HEIGHT MEASUREMENT OF PATIENTS WITH NEUROMUSCULAR DISEASE AND CONTRACTURES". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 55-60, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES, HUESOS

MORCH, W.T., EIKESETH, S. "SOME ISSUES IN STAFF TRAINING AND IMPROVEMENT". *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 13, 1, 1992, pags. 43-55, Biblio. R.775

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DESINSTITUCIONALIZACION, FORMACION DE PERSONAL, NORUEGA

McCLENAGHAN, B.A., Y OTROS. "EFFECTS OF SEAT-SURFACE INCLINATION ON POSTURAL STABILITY AND FUNCTION OF THE UPPER EXTREMITIES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 40-48, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, FUNCIONES, EXTREMIDADES SUPERIORES

McGRATH, M., GRANT, G. "SUPPORTING "NEEDS-LED" SERVICES: IMPLICATIONS FOR PLANNING AND MANAGEMENT SYSTEMS (A CASE STUDY IN MENTAL HANDICAP SERVI-

CES)". *JOURNAL OF SOCIAL POLICY*, 21, 1, 1992, pags. 71-97, Biblio. R.804

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PLANIFICACION DE SERVICIOS, ORGANIZACION DE SERVICIOS, ATENCION COMUNITARIA

PEREL, I. "DEINSTITUTIONALIZATION AT A LARGE FACILITY: A FOCUS ON TREATMENT". *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 13, 1, 1992, pags. 81-86, Biblio. R.775

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, AUTISMO, DESINSTITUCIONALIZACION, PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS

PEREZ, J., Y OTROS. "RESUMEN DE LAS PONENCIAS PRESENTADAS EN LA HI EDICION DE LA FERIA MINUSVAL-91". *FARO DEL SILENCIO*, 125, 1992, pags. 6-7, Biblio. R.541

DEFICIENCIA AUDITIVA, AYUDAS TECNICAS, EQUIPAMIENTO, NECESIDADES

PLANN, S. "ROBERTO FRANCISCO PRADEZ. SPAIN'S FIRST DEAF TEACHER OF THE DEAF". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 48-55, Biblio. R.622

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, PROFESOR, CENTROS EDUCATIVOS, HISTORIA, ESPANA

PRICKETT, H.T., PRICKETT, J.G. "VISION PROBLEMS AMONG STUDENTS IN SCHOOLS AND PROGRAMS FOR DEAF CHILDREN. A SURVEY OF TEACHERS OF DEAF STUDENTS". *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 137, 1, 1992, pags. 56-60, Biblio. R.622

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ESCUELA, PROBLEMAS VISUALES, ESTADISTICAS DE POBLACION, SINDROMES

ROGERS, R.G., Y OTROS. "DISABILITY-FREE LIFE AMONG THE ELDERLY IN THE UNITED STATES". *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 4, 1, 1992, pags. 19-42, Biblio. R.816

ANCIANOS, SALUD, DEFICIENCIAS, CALIDAD DE VIDA, INDICADOR DE SALUD, FACTORES SOCIALES

ROSENBAUM, P.L., Y OTROS. "MEASURING PROCESSES OF CAREGIVING TO PHYSICALLY DISABLED CHILDREN AND THEIR FAMILIES. I: IDENTIFYING RELEVANT COMPONENTS OF CARE". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 2, 1992, pags. 103-114, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, NIÑOS, SERVICIOS Y CENTROS, ATENCION, EVALUACION DE SERVICIOS

SANTAVUORI, P., Y OTROS. "MRI OF THE BRAIN, EEG SLEEP SPINDLES AND SPECT IN THE EARLY DIAGNOSIS OF INFANTILE NEURONAL CEROID LIPOFUSCINOSIS". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 1, 1992, pags. 61-79, Biblio. R.727

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ENFERMEDAD, DIAGNOSTICO

SAVILOLO-NEGRIN, N., CRISTANTE, F. "TEACHERS' ATTITUDES TOWARDS PLASTIC SURGERY IN CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME". *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 36, 2, 1992, pags. 143-155, Biblio. R.104

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SINDROME DE DOWN, CIRUGIA PLASTICA, ACTITUDES SOCIALES, ACTITUDES MAESTROS

SMITH, T., Y OTROS. "TRANSFER OF STAFF TRAINING FROM WORKSHOPS TO GROUP HOMES; A FAILURE TO GENERALIZE ACROSS SETTINGS". *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 13, 1, 1992, pags. 57-71, Biblio. R.775

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, RESIDENCIAS, FORMACION DE PERSONAL

STANLEY, F.J. "SURVIVAL AND CEREBRAL PALSY IN LOW BIRTHWEIGHT INFANTS: IMPLICATIONS FOR PERINATAL CARE". *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 6, 2, 1992, pags. 298-310, Biblio. R.298

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, BAJO PESO NACIMIENTO, ATENCION PERINATAL

STRABMEIER, W. "LERNORGANISATION FÜR HETEROGENE GRUPPEN IN SCHULEN FÜR GEISTIG BEHINDERTE". *GEISTIGE BEHINDERUNG*, 1, 1992, pags. 30-43, Biblio. R.V

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, EDUCACION ESPECIAL, INTEGRACION ESCOLAR, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS

TOMKIEWICZ, S. "AUTISME: QUELLE PRISE EN CHARGE?". *SESAME*, 102, 1992, pags. 3-10, Biblio. R.118

DEFICIENCIAS, AUTISMO, PSICOTERAPIA

TORRES, S. *DISCAPACIDAD Y SISTEMAS DE COMUNICACION. ENFOQUE METODOLOGICO. SERIE DOCUMENTOS 31.* MADRID, MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1992, 247 pags. Biblio. P5.42

DEFICIENCIAS, PROBLEMAS DE LENGUAJE, PROBLEMAS DE LECTURA Y ESCRITURA, AUDICION, DEFICIENCIA AUDITIVA, SORDO-CIEGOS, SORDOMUDEZ, DEFICIENCIA VISUAL, DEFICIENCIA MENTAL, AUTISMO, COMUNICACION, COMUNICACION NO VERBAL, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, LOGOPEDIA, FONOLOGIA, FONIATRIA, APRENDIZAJE LECTURA Y ESCRITURA, BARRERAS, AYUDAS TECNICAS, NUEVAS TECNOLOGIAS, NEUROLOGIA, FISILOGIA

TYE-MURRAY, N. "PREPARING FOR COMMUNICATION INTERACTIONS: THE VALUE OF ANTICIPATORY STRATEGIES FOR ADULTS WITH HEARING IMPAIRMENT". *JOURNAL OF SPEECH AND HEARING RESEARCH*, 35, 2, 1992, pags. 430-435, Biblio. R.925

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ADULTOS, AUDIOLOGIA, TRATAMIENTO, REHABILITACION

ULRICH, B.D., Y OTROS. "ALTERNATING STEPPING PATTERNS: HIDDEN ABILITIES OF 11-MONTH-OLD INFANTS WITH DOWN SYN-

DROME". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 3, 1992, pags. 233-239, Biblio. R.727
DEFICIENCIAS, SINDROME DE DOWN, MOVILIDAD

VILLA, I., Y OTROS. *DESARROLLO Y ESTIMULACION DEL NINO DURANTE LOS TRES PRIMEROS ANOS DE SU VIDA*. PAMPLONA, UNIVERSIDAD DE NAVARRA, 1992, 131 pags. Biblio. H9a.21
NINOS, ESTIMULACION, ESTIMULACION PRECOZ, DESARROLLO, DESARROLLO INFANTIL, DESARROLLO INTELECTUAL, DESARROLLO PSICOMOTOR, DESARROLLO NEUROLOGICO, NUTRICION, DEFICIENCIAS, TRATAMIENTO

WETZEL, R.J. "BEHAVIOR ANALYSIS OF RESIDENTIAL PROGRAM DEVELOPMENT". *RESEARCH IN DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 13, 1, 1992, pags. 73-79, Biblio. R.755
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, RESIDENCIAS, AUTONOMIA PERSONAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, DESINSTITUCIONALIZACION

WHITE, C.P., JAN, J.E. "VISUAL HALLUCINATIONS AFTER ACUTE VISUAL LOSS IN A YOUNG CHILD". *DEVELOPMENTAL MEDICINE*

AND CHILD NEUROLOGY, 34, 3, 1992, pags. 252-265, Biblio. R.727
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA VISUAL, NINOS, CEGUERA, OFTALMOLOGIA

WICKHAM-SEARL, P. "CAREERS IN CARING: MOTHERS OF CHILDREN WITH DISABILITIES". *DISABILITY, HANDICAP AND SOCIETY*, 7, 1, 1992, pags. 5-17, Biblio. R.743
DEFICIENCIAS, CUIDADOR INFORMAL, MUJER, MADRE, SATISFACCION, INTERVENCION FAMILIAR

WITTEKIND, D. "ACTION FAMILIALE II". *ENFANTS LIMITES. AMOUR ILLIMITE*, 132, 1992, pags. 6-8, Biblio. R.173
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ASOCIACIONES DE PADRES, INTERVENCION FAMILIAR

WOOD, D. "TOTAL COMMUNICATION IN THE EDUCATION OF DEAF CHILDREN". *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 34, 3, 1992, pags. 266-269, Biblio. R.727
DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, COMUNICACION, EDUCACION LENGUAJE, COMUNICACION NO VERBAL

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente de ZERBITZUAN

Publicación Trimestral

DIRECTOR: R. Saizarbitoria

S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegi
Manuel Vigo
Rafael Mendiá
José Antonio Agirre Elustondo
Elena Martín Zurimendi
Rosalía Miranda Barandalla

EDITA: Servicio Central de Publicaciones
del Gobierno Vasco
C/ Duque de Wellington, 2-01011 Vitoria-Gasteiz

FOTOCOMPOSICION: RALI, S.A. Particular de Costa, 12-14, 3.º izda. - BILBAO

IMPRIME: I. BOAN, S.A. – Padre Larramendi, 2 bajo – 48012 BILBAO
Depósito Leqal: BI-1247 - 92